

FACULTAD
DE CIENCIAS
JURÍDICAS



ZIENTZIA
JURIDIKOEN
FAKULTATEA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS / IKASGAIEN AMIERAKO LANA
DERECHO Y ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE EMPRESAS

.....

**La regulación de la participación en el suicidio en el Código Penal: especial
consideración de la eutanasia.**

Amaia Santos Galdeano

DIRECTOR / ZUZENDARIA

Leticia Jericó Ojer

Pamplona / Iruñea

17 de enero de 2018

RESUMEN

Una de las cuestiones más controvertidas en la actualidad está relacionada con las conductas que ponen fin a la vida. Así, en el presente trabajo se aborda el tratamiento penal en España del suicidio y de sus formas de participación como la inducción, la cooperación necesaria y la ejecutiva, haciendo especial hincapié en la eutanasia. Para ello, resulta pertinente analizar la existencia de un derecho a disponer sobre la propia vida, así como delimitar conceptualmente suicidio y eutanasia, extremos no exentos de cierta discusión doctrinal. Del mismo modo, se considera el papel fundamental que juega el consentimiento en el ámbito médico en estas situaciones en las que se persigue la muerte. A pesar de que puede parecer una regulación novedosa -respecto a la anterior-, existen cada vez más propuestas de *lege ferenda* acordes a la evolución de la percepción social en este asunto, que parece más favorable a su despenalización.

PALABRAS CLAVE

Inducción al suicidio, Cooperación al suicidio, Eutanasia, Punibilidad, Medicina.

ABSTRACT

Nowadays, one of the most controversial issues is related to life ending behaviours. Thus, this paper deals with the criminal treatment in Spain of suicide and its forms of participation such as induction, necessary cooperation and the executive one, with a special emphasis on euthanasia. To this end, it is pertinent to analyze the existence of a right to dispose of one's own life, as well as to conceptually delimit suicide and euthanasia, both of which are not exempt from certain doctrinal discussion. Additionally, it is considered the fundamental role that consent plays in the medical field in these situations in which death is intended. Although it may seem to be a novel regulation -compared to the previous one-, there are increasingly proposals of *lege ferenda* according to the evolution of the social perception in this matter, which seems to be more favorable to its decriminalization.

KEY WORDS

Inducement to suicide, Cooperation to suicide, Euthanasia, Punishability, Medicine.

ÍNDICE

PÁG.

ABREVIATURAS

| | |
|---|-----------|
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. EVOLUCIÓN DE LA REGULACIÓN EN ESPAÑA DE LAS CONDUCTAS DE PARTICIPACIÓN EN EL SUICIDIO HASTA LA ACTUALIDAD | 2 |
| III. UNA CUESTIÓN FUNDAMENTAL: ANÁLISIS DEL DERECHO A DISPONER SOBRE LA PROPIA VIDA | 6 |
| IV. LA REGULACIÓN PENAL DE LAS FORMAS DE PARTICIPACIÓN EN EL SUICIDIO (ART. 143.1, 2, 3 CP) | 12 |
| IV.1. Cuestiones previas: delimitación del concepto de suicidio | 12 |
| IV.2. Cuestiones comunes en la regulación..... | 15 |
| IV.3. La inducción al suicidio (art. 143.1 CP)..... | 18 |
| IV.4. La cooperación al suicidio (art. 143.2 CP)..... | 22 |
| IV.5. La cooperación ejecutiva al suicidio (art. 143.3 CP)..... | 25 |
| IV.6. Opinión personal..... | 28 |
| V. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DE LA EUTANASIA (ART. 143.4 CP) | 29 |
| V.1. Clasificaciones tradicionales de la eutanasia | 29 |
| <i>V.1.1. Atendiendo a la contribución valorativa a la muerte.....</i> | <i>30</i> |
| <i>V.1.2. Atendiendo a los motivos por los que se actúa.....</i> | <i>34</i> |
| <i>V.1.3. Conductas que no son eutanásicas</i> | <i>35</i> |
| V.2. Conductas tipificadas en el art. 143.4 CP | 37 |
| V.3. Requisitos del tipo penal | 39 |
| <i>V.3.1. Actos necesarios</i> | <i>39</i> |
| <i>V.3.2. Actos directos</i> | <i>40</i> |
| <i>V.3.3. Situación del sujeto.....</i> | <i>41</i> |
| <i>V.3.4. Petición expresa, seria e inequívoca de querer morir.....</i> | <i>42</i> |

| | |
|--|----|
| V.4. Una visión de la regulación de la eutanasia desde el Derecho Comparado..... | 49 |
| V.5. Propuestas de <i>lege ferenda</i> | 60 |
| <i>V.5.1. La despenalización de la eutanasia: opinión personal</i> | 65 |
| VI. CONCLUSIONES | 66 |
| VII. BIBLIOGRAFÍA | 68 |
| VIII. JURISPRUDENCIA CONSULTADA | 73 |

ABREVIATURAS

| | |
|----------------------|--|
| art./s. | artículo/s |
| CE | Constitución Española |
| Coord./s | Coordinador/es |
| CP | Código Penal |
| Dir. | Dirigido por |
| Ed. | Editado por |
| EPC | Estudios Penales y Criminológicos |
| GEPC | Grupo de Estudios de Política Criminal |
| GRAPO | Grupo de Resistencia Antifascista Primero de Octubre |
| <i>ibíd.</i> | en el mismo lugar |
| LAP | Ley de Autonomía del Paciente |
| LCS | Ley de Contrato de Seguro |
| LGS | Ley General de Sanidad |
| núm. | número |
| OMC | Organización Médica Colegial española |
| <i>op. ult. cit.</i> | obra última citada |
| pág./s. | página/s |
| RAE | Real Academia Española |
| s./ss. | siguiente/s |
| STC/SSTC | Sentencia/s del Tribunal Constitucional español |
| STS/SSTS | Sentencia/s del Tribunal Supremo español |
| TC | Tribunal Constitucional español |
| TS | Tribunal Supremo español |
| vol. | volumen |

I. INTRODUCCIÓN

El mero hecho de nacer ya implica el ineludible final que nos espera, la muerte. Ello no significa que las personas tengamos absoluta disponibilidad sobre el bien jurídico vida, que goza de protección por el Derecho penal incluso contra la decisión de su titular. En efecto, como veremos, nuestro CP recoge en su art. 143 una serie de conductas relacionadas con el suicidio que acarrearán determinadas consecuencias jurídicas.

Por tanto, cabría decir que existe un interés estatal en la protección de la vida. No obstante, ha de tenerse presente que el derecho a la vida que ampara la CE en su art. 15 no es uniforme y tiene límites y excepciones. Precisamente nos enfrentamos con el hecho de que la medicina está avanzando de forma vertiginosa y ha supuesto la posibilidad de prolongar la vida hasta límites insospechados. Así, las técnicas de soporte vital han provocado un cambio en el proceso de morir. En este contexto, no puede ignorarse que la vida también tiene un contenido de dignidad, pero si bien no se cuestiona que las personas puedan poner término a su sufrimiento suicidándose, sí genera cierta problemática que lo hagan terceros, aunque sea a solicitud del afectado.

En esta espinosa dicotomía vida/muerte se pondrá de manifiesto la interconexión entre los ámbitos médico y jurídico, jugando el consentimiento informado un papel fundamental. Los médicos se encuentran en la conflictiva posición de realizar todo lo posible desde el ámbito tecnológico de la medicina para prolongar la vida, por lo que parece que tienen el poder de definir el momento de la muerte y la forma en la que acontece. Sin embargo, la tecnología no es inocua y puede llegar a producir daños que superan el beneficio. Entonces, su obligación de mantener la vida buscando un hipotético beneficio para los pacientes lleva con frecuencia a no considerar el perjuicio que provoca a enfermos con mal pronóstico o calidad de vida, lo cual puede llegar a ser una solución inhumana.

En definitiva, veremos cómo a pesar de que nuestro CP pueda parecer innovador respecto a los anteriores, queda muy lejos de otros del entorno que despenalizan conductas como la eutanasia, sobre la cual realizaremos un análisis pormenorizado. Consecuentemente, el turismo médico se ha consolidado como una de las actividades a la orden del día, lo cual lleva a plantear y debatir sobre posibles propuestas de reforma legislativa en España.

II. EVOLUCIÓN DE LA REGULACIÓN EN ESPAÑA DE LAS CONDUCTAS DE PARTICIPACIÓN EN EL SUICIDIO HASTA LA ACTUALIDAD

Remontándonos al CP de 1944, este seguía los pasos de su predecesor (el de 1932) en materia de intervención en el suicidio de otro. En concreto, el art. 409 establecía lo siguiente:

“El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión mayor. Si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión menor”.

Se trataba de un artículo que aun reformado, estuvo vigente hasta el CP de 1995. Equiparaba la pena para los supuestos de simple complicidad, cooperación necesaria e inducción al suicidio, siendo esta la de prisión mayor con una duración de seis años y un día a doce; mientras que la del auxilio ejecutivo al suicidio -también llamado homicidio a petición- era homóloga a la del homicidio simple, con una pena de reclusión menor de doce años y un día a veinte.

Esta previsión no contempló expresamente el supuesto de la eutanasia como lo entendemos hoy en día¹, sin exigir todos los requisitos que actualmente recoge el tipo penal. A pesar de ello, CUELLO CALÓN entendía que el homicidio eutanásico podría encajar en la segunda parte de dicho precepto, cuya pena era la misma que la del homicidio, pero en la que podrían concurrir diferentes atenuantes como obrar por motivos morales, altruistas o patrióticos de notoria importancia, o la actuación por ímpetu o arrebato, a excepción de la eximente en relación con el ejercicio médico profesional al considerar que “este ejerce legítimamente su profesión cuando cura o alivia el sufrimiento, no cuando mata”². En aquellos supuestos considerados como eutanasia pasiva, la doctrina tradicional dominante ya optaba por su impunidad, pues deducía que el tipo delictivo acogía conductas que constituyeran un acortamiento de la vida, pero no la omisión de su prolongación por medios artificiales³.

1 NÚÑEZ PAZ, M.A. *La buena muerte. El derecho a morir con dignidad*. Tecnos, Madrid, 2006, pág. 82.

2 CUELLO CALÓN, E. *Tres temas penales (el aborto criminal, el problema de la eutanasia, el aspecto penal de la fecundación artificial)*. Bosch, Barcelona, págs. 150-151.

3 Así por ejemplo, QUINTANO RIPOLLÉS, citado por NÚÑEZ PAZ, M.A. *Interrupción voluntaria de la vida humana*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2016, págs. 163-164.

En cualquier caso, fue objeto de gran controversia ya que el inciso segundo condenaba con igual pena el homicidio eutanásico y el homicidio simple, de tal manera que se le daba nulo valor al consentimiento de la víctima.

En 1973, el CP fue objeto de reforma sin que el artículo transcrito sufriera modificación alguna. Terminada la dictadura franquista, se inició en 1978 un proceso de reforma de la legislación penal para adecuar las normas al nuevo régimen democrático y a su correlativa evolución social. Se abogó entonces por introducir enmiendas a dicho precepto al considerarse insuficientes las circunstancias atenuantes (eximentes incompletas, atenuantes pasionales o analógicas) en relación con la eutanasia, sobre todo en el supuesto de la activa consentida. La necesidad de introducir una óptica democrática en la redacción del precepto, vinculando la punición o impunidad de la eutanasia, aparecía muy relacionada con la novedosa configuración y límites que daba la Constitución al problema de disponibilidad de la propia vida, que según algunos sectores doctrinales, como más adelante veremos, venía a reconocerse en mayor o menor medida.

El primer cambio se realizó con la publicación del Proyecto de CP de 1980, que castigaba la inducción y la cooperación necesaria con la pena de prisión de dos a cuatro años imponiendo la pena superior en grado en caso de que la cooperación llegase hasta el punto de ejecutar la muerte, y la inferior en grado cuando el auxilio prestado no fuera necesario, redacción que se conservó en el Anteproyecto socialista de 1983. No llegaron a ser promulgados, pero indudablemente influyeron en las reformas posteriores.

Más tarde, en 1991 el GEPC emitió un manifiesto en el que atendiendo a los arts. 10.1 y 15 de la CE de 1978, si bien consideraron que la vida era un bien jurídico objeto de protección penal -además de estar constitucionalmente reconocido-, de acuerdo al libre desarrollo de la personalidad, sostuvieron que la vida impuesta en contra de la voluntad de su titular no podía merecer tal calificativo. En este sentido, había que considerarla como “un derecho y no como un deber”⁴. De esta forma, la modificación del art. 409 CP debía ir aparejada de la adopción de medidas adecuadas para garantizar la plena libertad de la voluntad.

Asimismo, apoyaban la idea de que la actividad médica debía tener una finalidad curativa que era incompatible con la degradación sufrida en situaciones irracionales de

4 GEPC. *Una alternativa al tratamiento jurídico de disponibilidad de la propia vida*. GEPC, Málaga, 1993, págs. 9-11.

prolongación de la existencia. Igualmente, en el manifiesto promovían la impunidad de aquellas conductas de los médicos por las que interrumpiera u omitiera la práctica de procedimientos terapéuticos tendentes a retrasar arbitrariamente la muerte o a alargar artificialmente la agonía, en casos sin expectativas de curación o mejora. Del mismo modo, defendían que no se castigara la aplicación de analgésicos que pudieran producir un acortamiento de la vida en un enfermo terminal y provocar en última instancia la muerte, cuando en contrapartida se remediaban situaciones de dolor, graves y agónicas. Resultó muy discutido por sectores doctrinales que abogaban por la indisponibilidad de la vida y la preeminencia del derecho a la vida frente a la libertad⁵. Dos años después, este Grupo presentó la Propuesta alternativa de reforma a la LGS, a la LCS y al CP, en la que se modificaban sustancialmente los arts. 408 y 409 CP.

Finalmente, el Proyecto de CP de 1992⁶ en su art. 149.1 y 2 reguló la inducción y la cooperación necesaria al suicidio. Se alteró el criterio que se venía siguiendo, considerando más grave la primera que la segunda, en la medida en que parecía más reprochable persuadir a otro a que se quitara la vida que ayudarle a que consiguiera el fin que él mismo había decidido. La complicidad al suicidio quedó fuera del tipo y por tanto impune, mientras que la cooperación ejecutiva se sancionó con mayor pena que las anteriores. El punto cuarto de ese artículo castigó determinadas formas de eutanasia y rebajó considerablemente la pena respecto a la de las figuras de los apartados 2 y 3. Se incluyó además de la eutanasia activa directa, la indirecta, lo cual fue corregido por el Proyecto de 1994 (art. 143), el cual estableció que los actos además de ser necesarios, debían ser directos, así como la exigencia de petición inequívoca.

5 En este sentido, TORÍO LÓPEZ, Á. “Reflexión Crítica sobre el Problema de la Eutanasia”, en *EPC*, vol. XIV, 1989-1990, págs. 240-242 (“Existente la prohibición de matar, la invocación a la libertad del hombre no posee virtualidad suficiente para erigirse en causa de justificación, menos todavía cabrá aludir al libre desarrollo de la personalidad (artículo 10 de la Constitución española), pues sería contradictorio hablar de este cuando de lo que se trata realmente es de su extinción”).

6 Art. 149 Proyecto CP 1992: “1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años. 2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona. 3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegare hasta el punto de ejecutar la muerte. 4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios a la muerte de otro, por la petición expresa y seria de este, en caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los nº 2 y 3 de este artículo”.

Este Proyecto de 1994 fue objeto de críticas por la doctrina⁷. Como argumentos se sostuvieron que el apartado cuarto del art. 143 prohíbe conductas que se consideran justificadas de acuerdo con los derechos reconocidos en la Constitución de 1978, no logrando una solución satisfactoria para los supuestos de homicidios consentidos de enfermos terminales y con graves minusvalías; que se hacía referencia únicamente a enfermedades graves, o que el uso de la expresión “seria” era inadecuado porque carece de tradición jurídica en la doctrina española⁸.

A pesar de ello, el CP de 1995 pasó a recoger por tanto, como novedad al CP 1944/73 (art. 409), la exclusión de la tipicidad de las conductas de complicidad en el suicidio, la referencia a conductas relacionadas con la eutanasia, una suavización general de las penas (especialmente respecto al homicidio), una mayor gravedad de la pena asociada a las conductas de inducción respecto a las de cooperación necesaria (aunque están solapadas entre sí), y ambas inferiores a la de la cooperación ejecutiva al suicidio. De esta forma, se redactó como sigue:

“Art. 143.1: El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.

2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.

3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.

4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de este, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”.

7 JUANATEY DORADO, C. *Derecho, suicidio y eutanasia*. Ministerio de Justicia e Interior, Madrid, 1994, págs. 119-121; o MUÑAGORRI LAGUÍA, I. *Eutanasia y Derecho Penal*. Centro de Estudios Judiciales-Ministerio de Justicia e Interior, Madrid, 1994, págs. 59-97.

8 Argumentos comentados por DÍAZ ARANDA, E. *Dogmática del Suicidio y Homicidio Consentido*. Servicio Publicaciones Facultad Derecho, Universidad Complutense Madrid: Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid, 1995, págs. 67-68.

Resulta indiscutible que constituyó un importante y necesario avance respecto la anterior legislación. Ahora bien, como ya se verá más adelante⁹, hay autores entre los que se encuentran MENDES DE CARVALHO o CORCOY BIDASOLO que sostienen que la regulación debe ser mejorada de *lege ferenda*¹⁰.

III. UNA CUESTIÓN FUNDAMENTAL: ANÁLISIS DEL DERECHO A DISPONER SOBRE LA PROPIA VIDA

Se debate si puede encontrarse un derecho a la disponibilidad de la propia vida en el marco constitucional español. Se trata de resolver un conflicto intrapersonal (autonomía del propio sujeto titular del derecho a la vida) y no interpersonal (límites del derecho a la vida frente a la vida de los demás). Ello se traduce en último término a examinar cómo ventilar una colisión entre el interés colectivo en la protección de la vida humana y algunos derechos individuales¹¹. De esta forma, es necesario partir del análisis del art. 15 CE¹², que recoge el derecho a la vida. Tal y como afirma TOLEDANO TOLEDANO, del contenido del precepto no se infiere una obligación de vivir, sino que claramente se establece como un derecho. Tampoco se deduce su indisponibilidad por parte de la persona o que goce de un valor absoluto¹³. En este contexto, las posiciones mantenidas son muy variadas¹⁴.

9 Véase apartado V.5.

10 MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, págs. 303 y ss.; Corcoy Bidasolo, M. “La regulación legal de la eutanasia en el CP español. Propuestas de reformas legislativas”, en MENDOZA BUERGO, B. (Ed.), *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*. Civitas, Madrid, 2010, págs. 299-322.

11 Felip i Saborit, D. “El Homicidio y sus formas”, en SILVA SÁNCHEZ, J.M (Dir.) *et al.*, *Lecciones de Derecho Penal: Parte Especial*, Atelier Libros, iuscrimben, 2015, pág. 48.

12 Art. 15 CE: “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra”.

13 TOLEDANO TOLEDANO, J.R. *Límites penales a la disponibilidad de la propia vida: el debate en España*. Atelier, Barcelona, 1999, pág. 154.

14 REY MARTÍNEZ, F. *Eutanasia y derechos fundamentales*. Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 2008, págs. 83 y ss., recoge cuatro modelos distintos de interpretación jurídica de la eutanasia activa directa a la luz de la Constitución, según se interprete su art. 15: 1.º) el de la eutanasia prohibida, otorgando protección jurídica a la vida en sentido absoluto; 2.º) eutanasia como derecho fundamental, en la medida en que se trata de un legítimo ejercicio del derecho fundamental a la vida, por lo que el castigo del suicidio y de la eutanasia activa directa sería inconstitucional; 3.º) eutanasia como manifestación del principio de libertad constitucional, que viene a decir que a pesar de no recogerse un derecho fundamental a terminar con la propia vida de manera activa, la cláusula general de libertad del art. 1.1 CE impide a los poderes públicos imponer limitaciones no razonables, arbitrarias y desproporcionadas, con la consecuencia de que se podrían despenalizar tales conductas bajo ciertas condiciones; 4.º) eutanasia como excepción legítima, similar al modelo anterior, pero tomando la despenalización como una excepción que debe interpretarse restrictivamente.

1. Por un lado, el enfoque clásico de nuestra doctrina niega la disponibilidad de la vida al amparo de la CE¹⁵. Asumen el carácter absoluto e intangible del derecho a la vida, defendiendo que el Estado está obligado a protegerla con independencia de la voluntad de vivir o morir que tenga el individuo. En consecuencia, no se puede acabar con ella según el arbitrio de cada uno, al no considerarse como un fin en sí mismo (lo cual es criticado siguiendo el argumento kantiano de que la vida sí que es un bien en sí mismo). El derecho contenido en el art. 15 CE exige un acto positivo de respeto a la vida humana propia y ajena y a la integridad física, de modo que esta concepción se opone al suicidio y a la mutilación, así como a otras conductas como el homicidio, la pena de muerte o la eutanasia. Por ello, que se castigue penalmente el homicidio consentido no sería contrario a la Constitución.

A mayor abundamiento, apuntan que para que la elección de morir no solo fuera posible, sino que además lo fuera frente a casi cualquier obstáculo, tendría que existir un precepto constitucional que estableciera como derecho fundamental el derecho a la muerte¹⁶.

2. Por otro lado, existen exposiciones a favor de la disponibilidad de la vida, ya que si bien el art. 15 CE no lo aclara en uno u otro sentido, entienden que el análisis debe ponerse en consonancia con otros artículos de la Constitución¹⁷. Concretamente, habría que relacionar los preceptos constitucionales relativos al reconocimiento del derecho a la vida, a la integridad física y moral y la prohibición de tratos inhumanos y degradantes (art. 15 CE), con la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad (art. 10 CE¹⁸), la libertad ideológica y religiosa (art. 16 CE¹⁹) y el valor libertad (art. 1.1 CE²⁰).

15 Postura sostenida por Jiménez de Asúa, Olesa Muñido o Rodríguez Mourullo, citados por NÚÑEZ PAZ, M.A. *Interrupción voluntaria de la vida humana*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2016, pág. 72.

16 ÁLVAREZ GÁLVEZ, I. *La eutanasia voluntaria autónoma*. Dykinson, Madrid, 2002, págs. 181 y ss.

17 TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho Penal*. Boletín Oficial del Estado y Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 1999, págs. 306 y ss.

18 Art. 10 CE: “1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social. 2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España”.

19 Art. 16 CE: “1. Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley. 2. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias. 3. Ninguna confesión tendrá carácter estatal. Los poderes públicos tendrán en cuenta las creencias religiosas de la sociedad española y mantendrán las consiguientes relaciones de cooperación con la Iglesia Católica y las demás confesiones”.

Entre estos autores, hay quienes -como PECES BARBA o CARBONELL MATEU- centran su argumentación en la libertad, adoptando una postura radical²¹. La libertad viene reconocida en nuestra CE como valor superior en el art. 1.1, y este enfoque en la cuestión sostiene que dichos valores superiores deben servir como “orientación última del ordenamiento jurídico”, como “guía operativa en interpretativa”, buscando en cada caso la “solución que más favorezca a la libertad”. En este sentido, solo la vida libremente deseada por su titular puede ostentar el calificativo de bien jurídico protegido, entendiéndose que el bien tutelado por la Constitución es la “vida libremente deseada”. Consecuentemente, cuando la vida no se acomode al requisito anterior, podrá afirmarse que el sujeto tendrá derecho a disponer de ella. Así, estos autores vienen a diseñar un triángulo entre la libertad como valor supremo de nuestro ordenamiento jurídico, el derecho a la vida de toda persona y su dignidad y libre desarrollo de la personalidad, que actúan conjuntamente como fundamento del orden político y de la paz social.

Otros toman la dignidad como eje central. Entre los que abogan por esta concepción, VALLE MÚÑIZ concluye que: “si el texto constitucional no permite una interpretación del derecho a la vida no compatible con la dignidad humana, y si esta supone el rechazo de cualquier intento de instrumentalización, en aras a salvaguardar el libre desarrollo de la personalidad, es indudable que el sujeto puede disponer de su vida, es indudable que el acto del suicidio es expresión del ejercicio de un derecho constitucionalmente amparado”²². Por tanto, se trata del derecho a la vida digna; existe una unión indisoluble entre el derecho a la vida y el valor jurídico fundamental de la dignidad de la persona, deduciendo de ambos la disponibilidad del propio cuerpo.

20 Art. 1.1 CE: “España se constituye como un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político”.

21 En el mismo sentido, Queralt Jiménez, citado por NÚÑEZ PAZ, M.A. *Interrupción voluntaria de la vida humana*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2016, pág. 277, parte de que el núcleo esencial de la libertad del hombre es la posibilidad de ejercer la muerte, y “se ha de dar la debida protección jurídica a quien así decide y a quien lo auxilia siempre que se cumplan unas determinadas condiciones”.

22 Valle Múñiz, J.M. “Art. 143”, en QUINTERO OLIVARES, G. (Dir.) *et al.*, *Comentarios al Nuevo Código Penal*. Aranzadi, Cizur Menor, 2005, pág. 761. En similares términos se pronuncia TOLEDANO TOLEDANO, J.R. *Límites penales a la disponibilidad de la propia vida: el debate en España*. Atelier, Barcelona, 1999, págs. 166-169 (defiende el derecho a disponer de la propia vida basándose en la dignidad de la persona, concebida como principio personalista que inspira el conjunto de los derechos y libertades públicas. Asimismo, considera que admitir la facultad del sujeto de disponer de su vida no significa que cualquier voluntad expresada por el individuo en ese sentido reciba sin más reconocimiento; solo cuando por circunstancias puntuales carezca de las cualidades que configuran la vida constitucionalmente protegida. Es entonces cuando el consentimiento de la persona desplegará su máxima eficacia. En definitiva, se posiciona a favor de que la Constitución deje la puerta abierta para aquellos sujetos que irreversiblemente se ven destinados a una vida carente de calidad).

Entonces, para que se pueda hablar de vida humana, sostienen que es preciso que el hombre pueda realizarse, lo cual incluye la decisión relativa a decidir sobre su muerte.

Por su parte, DÍEZ RIPOLLÉS apunta que la prohibición de tratos inhumanos y degradantes del art. 15 CE actuaría en favor de la disponibilidad de la vida en aquellas situaciones en las que se estuviera manteniendo esta con procedimientos o en condiciones de tal índole²³.

En esta línea, autores como GIMBERNAT ORDEIG, JUANATEY DORADO, CORCOY BIDASOLO o MUÑAGORRI LAGUÍA adoptan una postura intermedia. Tal y como argumenta el primero, serían legítimas por la vía de la justificación (eximente de estado de necesidad²⁴) las contribuciones activas y omisivas al suicidio libre y responsable de un tercero, porque “no se protege la vida en sí misma, sino el interés que por la vida tiene su titular”²⁵, interés al que puede renunciar. Además, sería el modo apropiado de salvaguardar los demás derechos protegidos en la Carta Magna, como la dignidad, libre desarrollo de la personalidad, libertad ideológica y prohibición de tratos inhumanos.

3. Finalmente, se encuentran quienes defienden el carácter disponible de la vida, pero limitan el alcance de esa disponibilidad. En este sentido, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO y BARBER BURUSCO sostienen que “nada faculta a que el Estado pueda imponer seguir viviendo contra una decisión individual”, argumentación que viene apoyada por el hecho de que el propio suicidio no se castigue, ni siquiera en su modalidad de tentativa. Pero la afirmación de dicha licitud no implica que el legislador no pueda intervenir frente a personas que participan en él con el objeto de prevenir abusos que podrían cometerse en el contexto del suicidio²⁶. En similares términos, DEL

23 DÍEZ RIPOLLÉS, J.L. y MUÑOZ SÁNCHEZ, J. (Coords.). *El tratamiento jurídico de la eutanasia. Una perspectiva comparada*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 1996, págs. 509-546.

24 Recogida en el art. 20 CP: “Están exentos de responsabilidad criminal (...) 5.º El que, en estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que concurren los siguientes requisitos: Primero. Que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar. Segundo. Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto. Tercero. Que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse”.

25 Corcoy Bidasolo, M. “La regulación legal de la eutanasia en el CP español. Propuestas de reformas legislativas”, en MENDOZA BUERGO, B. (Ed.), *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*. Civitas, Madrid, 2010, págs. 299-322.

26 DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, vol. 8, núm. 79, 2012, págs. 120-121. En la misma línea, DÍAZ ARANDA, E. *Dogmática del Suicidio y Homicidio Consentido*. Servicio Publicaciones Facultad Derecho, Universidad Complutense Madrid: Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid, 1995, pág. 92, afirma la existencia de un derecho fundamental a disponer de la propia vida, pero limitado al ejercicio por parte de su titular, ya que las conductas del que induce, auxilia o priva de la vida a quien lo solicita constituyen en su opinión “una grave afectación del libre ejercicio sobre la autodeterminación de la vida”; TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. *La cooperación al*

ROSAL BLASCO defiende que a pesar de que en su opinión de la Constitución se puede desprender el derecho a disponer de la vida, también se pueden legitimar determinadas prohibiciones de comportamientos de terceros²⁷.

En medio de este debate doctrinal, interesa conocer la jurisprudencia del TC al respecto. Este ha realizado pronunciamientos dispares sobre la cuestión. Inicialmente, se limitó a proclamar el derecho a la vida como fuente de obligación de los poderes públicos de respeto y protección frente a terceros²⁸. En línea con la no prohibición del suicidio, se consideró posible el reconocimiento del derecho a disponer de la propia vida, eso sí, sin enmarcarlo como una consecuencia de los valores de dignidad humana y libertad. No obstante, existe una sentencia posterior (STC 11/1991²⁹) en la que se aclara la cuestión y se resume en varios puntos la doctrina del TC. En primer lugar, niega la existencia de un derecho a disponer sobre la propia vida garantizado constitucionalmente, es decir, un derecho fundamental a morir que formaría parte del derecho a la vida o a la dignidad humana. Considera que el derecho a la vida está dotado de un contenido de protección positiva, pero que de ello no se deriva un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte. En este sentido, el legislador no está obligado a facilitar y promocionar tales actos³⁰. En segundo lugar, mantiene que la disposición sobre la propia muerte es una simple manifestación del principio general de libertad, razón por la cual toda restricción debe ser proporcionada. Al respetar este requisito, no es inconstitucional la prohibición de ciertas intervenciones de terceros en tales actos de disposición, en favor de la protección de la vida humana. Ahora bien, de la jurisprudencia del TC tampoco se extrae que exista una obligación constitucional genérica de castigar toda forma de eutanasia o de intervención en el suicidio, sino que estamos en un espacio de libre configuración legislativa.

suicidio y la eutanasia en el nuevo CP (art. 143). Tirant Lo Blanch, Valencia, 2000, págs. 195 y ss., no considera calificar de arbitrarios o no razonables los motivos de la prohibición de las conductas de colaboración en el suicidio ajeno,

27 DEL ROSAL BLASCO, B. “La participación y el auxilio ejecutivo en el suicidio: un intento de reinterpretación constitucional del art. 409 del CP”, en *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, tomo 40, Fasc/Mes 1, 1987, págs. 85-86.

28 SSTC 120/1990, de 27/06/1990, RTC 1990/120; 137/1990, 19/07/1990, RTC 1990/137.

29 STC 11/1991, de 17/01/1991, RTC 1991/11.

30 STC 137/1990, fundamento jurídico 5.º: “esa disposición constituye una manifestación de *agere licere* en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe y no, en ningún modo, un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ni, mucho menos, un derecho subjetivo de carácter fundamental en el que esa posibilidad se extienda incluso frente a la resistencia del legislador, que no puede reducir el contenido esencial del derecho”.

Asimismo, se hace eco de las particularidades que presentan algunos supuestos concretos como la imposición de un tratamiento médico o la alimentación forzosa en huelgas de hambre. Entiende que en estos casos, las medidas destinadas al mantenimiento de la vida pueden entrar en colisión con otros derechos fundamentales (dignidad de la persona, derecho a la integridad física, libertad ideológica y religiosa, etc.), y opta por solucionar el conflicto en favor de estos últimos³¹. No obstante, este criterio admite excepciones cuando concurren otros intereses adicionales, como por ejemplo en el caso de los internos en un centro penitenciario, ya que la Administración tiene el deber esencial de velar por la vida, integridad y salud de los reclusos incluso cuando se colocan en huelga de hambre reivindicativa con peligro de muerte.

En definitiva, el derecho no puede prohibir actos que pertenecen a la esfera de disposición del individuo sobre su propio cuerpo. Ahora bien, en cuanto que ese espacio de libertad no supone un reconocimiento del derecho a la muerte, el legislador castiga la conducta de los terceros que ayuden en su propósito al suicida. Sin embargo, parece que es una solución poco comprometida con la realidad del hombre, cuando las prácticas propias de la medicina intensiva y la aplicación de medios técnicos a la prolongación artificial de la vida han cambiado el panorama actual.

Personalmente, nos adherimos a la postura de que existe un derecho a disponer sobre la propia vida, pero limitado. Es cierto que del art. 15 CE no se desprende un derecho a morir (con la correlativa implicación que tendría para el Estado y los poderes públicos de promover y crear los instrumentos necesarios para protegerlo, lo cual en último término equivaldría a un derecho a exigir que terceros auxiliaran o ejecutaran la muerte de otro en determinadas situaciones), pero este precepto debe interpretarse en conjunción con otros derechos y valores fundamentales como la libertad, dignidad humana o el libre desarrollo de la personalidad. En este sentido, entendemos que lo que se trata de proteger no es la vida como valor absoluto y bajo cualquier circunstancia, sino en realidad, la libremente deseada por su titular. A fin de cuentas, si las personas son quienes ostentan ese derecho, decidir de manera reflexionada y consciente que se quiere poner fin a la vida es un acto de voluntad que debe ser respetado. Así, considerando aquellos casos en los que, por ejemplo, el enfermo está sufriendo de forma

31 Hay que recordar que el rechazo de un tratamiento médico por un paciente adulto capaz no debe ser equiparado a la conducta del suicidio, sino que encaja dentro del derecho a la integridad física (art. 15 CE), en concreto en la libertad de negarse a consentir cualquier intromisión externa en el propio cuerpo.

agónica sin posibilidad alguna de curación, y únicamente se está retrasando de forma arbitraria el final de la vida, a nuestro juicio no puede considerarse una vida amparada por la Constitución y que deba protegerse a toda costa; más aún cuando en el panorama actual la medicina es capaz de manipular el comienzo y el final de la vida.

Sin embargo, lo contemplamos como un derecho limitado, de tal manera que no toda contribución del tercero a la muerte debe estar amparada por la Constitución, sino únicamente bajo el cumplimiento de determinados requisitos y de que en todo caso el titular lo consienta y solicite de forma clara e inequívoca. Esta posición adoptada en relación con el derecho a disponer sobre la vida está muy relacionada con la regulación que debe dar el CP a las conductas de participación en el suicidio, algunas de las cuales, como adelantamos en este momento, deberían despenalizarse³².

IV. LA REGULACIÓN PENAL DE LAS FORMAS DE PARTICIPACIÓN EN EL SUICIDIO (ART. 143.1, 2, 3 CP)

IV.1. Cuestiones previas: delimitación del concepto de suicidio

La vida es uno de los bienes jurídicos que el Derecho penal trata de proteger. Se erige como el más importante en la medida en que es condición necesaria para poder disfrutar de los demás y en que un atentado contra él resulta irreparable. Sin vida no es posible ser sujeto de los derechos y libertades asociados a la personalidad. En este sentido, determinadas conductas que atentan contra ella son castigadas por el legislador español, mientras que otras quedan impunes, motivo por el cual resulta esencial la delimitación conceptual que pasamos a realizar.

En primer lugar, en relación con el *suicidio*, debemos anticipar que en nuestra doctrina penal no existe un concepto pacífico de este. Existen discrepancias en cuanto a cuatro extremos, tal y como apuntan DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO y BARBER BURUSCO³³. Por un lado, es discutido si es necesario que el suicida mantenga en todo momento el dominio del hecho hasta el final (hasta la irreversibilidad del acto o la pérdida de

³² Véanse apartados IV.6. y V.5.

³³ DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, vol. 8, núm. 79, 2012, págs. 121-122.

consciencia), considerándose un “ataque contra la propia vida del que lo realiza”³⁴, o si bien basta la manifestación de la voluntad de morir³⁵.

Por otro lado, resulta controvertido si el comportamiento suicida abarca conductas solo activas por parte del suicida o también omisivas³⁶. La aceptación de estas últimas incluiría, por ejemplo, no tomar un medicamento vital o aquellos supuestos en los que se interrumpe un curso salvador ajeno, como la oposición a un tratamiento vital (entre otros, en casos de huelga de hambre o de rechazo de una transfusión de sangre por motivos religiosos).

La tercera está relacionada con la capacidad del sujeto activo, esto es, si es necesario que el suicida no sea inimputable para poder caracterizar su acto como suicidio. Así, FELIP I SABORIT defiende que la persona tiene que ser capaz de autodeterminarse, y define el suicidio como la “muerte querida por una persona responsable, esto es, capaz de comprender la naturaleza y sentido de su decisión”³⁷, pronunciamiento al que se suma MENDES DE CARVALHO, quien sostiene que habrá que considerar si el acto de suicidio es libre, es decir, un acto reflexivo y ponderado, o no³⁸. Todo ello al margen de que algunos autores³⁹ consideren que el comportamiento suicida jamás puede considerarse producto de una voluntad racional.

Por último, otra de las diferencias tiene su origen en la exigencia de una voluntad directa o eventual de perseguir la muerte. La inclinación por la exigencia de dolo directo implicaría entender que “es suicida quien realiza actos orientados a poner fin de manera

34 MUÑOZ CONDE, F. *Derecho Penal Parte Especial. 21ª edición, revisada y puesta al día con la colaboración de Carmen López Peregrín*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2017, pág. 61. En el mismo sentido, TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo CP (art. 143)*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2000, pág. 54.

35 Argumento defendido por Torío López, citado por DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, vol. 8, núm. 79, 2012, pág. 121.

36 Equiparando ambas se pronuncian, entre otros, Díez Ripollés, J.L. “Art. 143”, en Díez Ripollés, J.L. - GRACIA MARTÍN, L. (Coords.), LAURENZO COPELLO, P. *Comentarios al Código Penal. I*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 1997, págs. 189 y ss.; ROMEO CASABONA, C.M. *Los delitos contra la vida y la integridad personal y los relativos a la manipulación genética*. Comares, Granada, 2004, pág. 99. En contraposición, BUENO ARÚS, F. “Límites del consentimiento en la disposición del propio cuerpo desde la perspectiva del Derecho penal”, en *Poder Judicial*, núm. 15, 1985, págs. 11 y ss.

37 Felip i Saborit, D. “El Homicidio y sus formas”, en SILVA SÁNCHEZ, J.M (Dir.) *et al., Lecciones de Derecho Penal: Parte Especial*, Atelier Libros, iuscrimbcn, 2015, pág. 48.

38 MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, págs. 225 y ss.

39 Tesis con gran aceptación por parte de la doctrina médica y jurídica que trata el tema, como GERALD DWORKIN, ARAÚZ ULLOA, M. o BAJO FERNÁNDEZ, M.

inmediata a su existencia y actúa con la intención directa de conseguirlo”⁴⁰. En cuanto a la voluntad eventual, encajarían los casos de quien no desea su muerte, aun cuando la acepte llegado el caso (por ejemplo, los testigos de Jehová o huelguistas de hambre, que aunque lleven su criterio hasta las últimas consecuencias, no desean morir y por ello, no pueden ser considerados suicidas). Entre otros, JUANATEY DORADO aboga por la exclusión del dolo eventual⁴¹.

Entonces, en función de la posición que se adopte, se configura un concepto más amplio o restringido de suicidio, lo cual tendrá implicaciones a efectos prácticos al afectar a la caracterización jurídica de la intervención de terceros en estas conductas. No obstante, sí que debemos excluir del concepto de suicidio aquellos supuestos en los que el sujeto realiza una acción que solo pone en peligro su vida (autopuesta en peligro). Si es la propia persona la que se coloca en tal situación, no se puede tratar de imputar el resultado que se produce al tercero implicado. En otras palabras, en la medida en que “la puesta en peligro voluntaria de uno mismo no es penalmente relevante, la injerencia del tercero no concierne al Derecho penal”⁴².

En definitiva, el concepto jurídico-penal de suicidio que manejaremos, sin entrar en matices, es el de muerte que se da a sí misma una persona imputable, con dominio del hecho (es decir, determinando positivamente la muerte) y con una conducta de autoría, que tiene una voluntad de perseguir tal fin carente de cualquier tipo de vicio como violencia, intimidación o engaño.

En cuanto a la figura del *suicidio médicamente asistido*, debemos apuntar que concurre cuando es el profesional médico quien pone a disposición del paciente los medios necesarios para que sea él mismo quien se produzca la muerte. Así, ayuda de forma intencionada a la realización de un suicidio ante la demanda de un enfermo competente que no pueda realizarlo por sí mismo.

Las razones político-criminales que apoyan la impunidad de quien lleva a cabo su propia muerte, así como los argumentos y contra-argumentos que se esgrimen en relación con las conductas de participación en el suicidio de otro, vendrán a analizarse en el apartado siguiente.

40 Gómez Rivero, M.C. “Delitos contra la vida humana independiente (II)”, en GÓMEZ RIVERO, M.C. (Dir.) *et al.*, *Nociones Fundamentales de Derecho Penal. Parte Especial*. Tecnos, Madrid, 2015, pág. 57.

41 JUANATEY DORADO, C., BOIX REIG, J. (Dir.). *Derecho Penal. Parte Especial*. vol. I. Iustel, 2010, págs. 68-69.

42 Hurtado Pozo, citado por ALAS ROJAS, D.L. “Comportamiento de la víctima del delito: la autopuesta en peligro”, en *Derecho y Cambio Social*, núm. 42, 2015, pág. 24.

IV.2. Cuestiones comunes en la regulación

El CP español en su redacción de 1995 ha optado por castigar algunos actos de participación en el suicidio, no excluye la tipicidad del homicidio consentido y atenúa la responsabilidad penal en ciertos supuestos eutanásicos.

Como ya adelantamos en la sección anterior, el suicidio en sí mismo considerado no está penado. Existen razones político-criminales que apoyan la impunidad de quien lleva a cabo su propia muerte. Así, resulta obvio que no se puede castigar a una persona fallecida, y para el caso de que el suicidio no se consumase, desde el punto de vista preventivo general y especial no parece razonable la imposición de una sanción a quien ha demostrado con su intento el escaso interés que tiene en los asuntos terrenales. Además, supone una forma de escapar de los problemas de la vida y de realizar un acto supremo de voluntad.

No obstante, ha de tenerse presente que no cabe extrapolar dicha impunidad a otras conductas, como son las de participación en el suicidio. Entonces, desde el punto de vista de la técnica jurídica resulta necesaria su incriminación expresa, ya que en caso contrario por el principio de accesoriedad de la participación, al no sancionarse al autor tampoco podría castigarse a los partícipes en el suicidio de otro. En otras palabras, el art. 143 CP hace posible que se castiguen dichas conductas al regularlas expresamente.

MENDES DE CARVALHO recoge una serie de argumentos que apoyan la penalización de este tipo de actuaciones⁴³, entre los que se encuentra el interés estatal en la protección de la vida. Denota que el consentimiento en los delitos contra la vida resulta ineficaz por la existencia de una especie de “deber” de vivir que tienen los ciudadanos frente al Estado. Consecuentemente, el suicidio debería considerarse un acto ilícito, ya sea llevado a cabo por la propia persona o con la intervención de terceros, en la medida en que quitándose la vida estaría eludiendo el cumplimiento de los deberes que le son inherentes frente a la comunidad⁴⁴. No obstante, a juicio de MENDES DE CARVALHO este argumento caería por su propio peso al afirmar la vida como un bien jurídico colectivo y no personal. Además, ello podría llegar a excusar atrocidades en defensa de supuestos intereses comunitarios, cuando conductas como el auxilio al suicidio o el homicidio a petición fueran convenientes desde el punto de vista social.

43 MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, págs. 89 y ss.

44 Postura defendida, entre otros, por Olesa Muñido, citado por MENDES DE CARVALHO, *op. ult. cit.*

Por otro lado, aunque no entraremos en connotaciones morales, como otro motivo favorable a la punición se alega la intangibilidad o “santidad” de la vida humana, entendiendo que la vida tiene un valor intrínseco y sagrado que solo Dios está facultado a quitar, y que la indisponibilidad de la propia vida se instituye a través de un verdadero “tabú” -o negativa- en torno a la conducta de matar y al consentimiento a la muerte de otro⁴⁵. De esta forma, determinadas actuaciones que la sociedad así lo considerase deberían ser penadas, con el objetivo de preservar ciertas normas morales y de que no se desencadenase una merma de la protección jurídica de la vida humana. Luego el argumento desarrolla una función garantista.

Por último, el alegato de la “pendiente resbaladiza” se relaciona con los riesgos incontrolables que la despenalización de comportamientos de participación en el suicidio podría conllevar. Se aduce que más vale forzar a alguien a vivir por error que permitir que alguien muera por error. Así, se comenzaría permitiendo la muerte para la que se contara con la solicitud del sujeto pasivo y en circunstancias objetivas muy determinadas y se acabaría consintiendo supuestos muy distintos a los autorizados, con la correspondiente desprotección de la vida que acarrearía. En otras palabras, si las formas activas de participación en el suicidio y el homicidio a petición en contextos eutanásicos podrían llevar a la práctica del homicidio y de la participación en el suicidio en contra de la voluntad del sujeto pasivo, la única forma de evitarlo sería prohibir completamente las primeras⁴⁶.

Como contra-argumentaciones a los puntos expuestos recogidas por MENDES DE CARVALHO, cabe esgrimir que en el caso de que la despenalización de tales comportamientos se operara tan solo de forma excepcional, esto es, en forma de una causa de justificación genérica como el estado de necesidad a supuestos muy concretos o de exclusión de culpabilidad por inexigibilidad de otra conducta (por ejemplo, un pariente próximo que no es capaz de seguir presenciando los padecimientos de su ser querido), no habría riesgos de abuso por tratarse de supuestos aislados. Asimismo, la toma de decisiones precipitadas podría evitarse a través del establecimiento de algunos requisitos relativos a la racionalidad objetiva de la decisión de morir.

45 Defendido por autores como DE LA GÁNDARA VALLEJO, B. *Consentimiento, bien jurídico e imputación objetiva*. Colex, Madrid, 1995, págs. 181-182; o QUERALT JIMÉNEZ, J.J. *Derecho Penal Español, Parte Especial*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2015, pág. 41.

46 Entre otros, Brock D.W. o Puerta López-Cózar, citados por MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, págs. 95 y ss.

En definitiva, en esta interacción de argumentos paternalistas y político-criminales, el legislador español opta por insertar en el CP la prohibición relativa a la participación de terceros en los actos de disposición de la vida. Así, el art. 143 CP prevé el castigo para la inducción y determinadas formas de cooperación en el suicidio de una persona.

Previa a la descripción de las conductas típicas, parece conveniente abordar otra serie de cuestiones comunes al castigo de la participación en el suicidio. En cuanto al papel de la muerte, para un grupo minoritario el delito se consuma con independencia de que el sujeto se mate o al menos lo intente, mientras que la doctrina mayoritaria⁴⁷, más acertadamente, sí que le da relevancia. Dentro de esta última posición, se discute el problema de la naturaleza jurídica del resultado de muerte, pues si bien parte de la doctrina considera que es condición objetiva de punibilidad y que por consiguiente sin muerte efectiva no hay sanción⁴⁸, para otro sector doctrinal la muerte del suicida es el resultado típico, dejando abierta la posibilidad del castigo de formas imperfectas de ejecución (siempre que como mínimo se haya iniciado la ejecución del suicidio propiamente dicho, ya que no son punibles los actos preparatorios, por no tipificarse expresamente la conspiración, proposición y provocación -ni la apología- para estos delitos)⁴⁹. En estos casos de tentativa la pena se rebajaría en uno o dos grados conforme al art. 62 CP⁵⁰.

Por otro lado, conviene recordar que quedan fuera del art. 143 CP los casos en los que no se provoca un suicidio sino una autopuesta en peligro de la víctima. Tales supuestos son casos de homicidio (o lesiones) siempre que el resultado no sea

47 Véanse, Díez Ripollés, J.L. “Art. 143”, en DÍEZ RIPOLLÉS, J.L. - GRACIA MARTÍN, L. (Coords.), LAURENZO COPELLO, P. *Comentarios al Código Penal. I.* Tirant Lo Blanch, Valencia, 1997, pág. 199; MUÑOZ CONDE, F. *Derecho Penal Parte Especial. 21ª edición, revisada y puesta al día con la colaboración de Carmen López Peregrín.* Tirant Lo Blanch, Valencia, 2017, pág. 62.; TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo CP (art. 143).* Tirant Lo Blanch, Valencia, 2000, págs. 54 y ss.

48 Argumento sostenido por Torío López o Serrano Gómez, citados por DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, vol. 8, núm. 79, 2012, pág. 133. Vienen a decir que el dolo del partícipe en el suicidio no necesitaría abarcar la muerte.

49 Entre los que se encuentran RODRÍGUEZ MOUROLLO, G. (Dir.) - JORGE BARREIRO, A. (Coord.). *Comentarios al Código penal.* Civitas, Madrid, 1997, pág. 415; ROMEO CASABONA, C.M. *Los delitos contra la vida y la integridad personal y los relativos a la manipulación genética.* Comares, Granada, 2004, pág. 117; o TOLEDANO TOLEDANO, J.R. *Límites penales a la disponibilidad de la propia vida: el debate en España.* Atelier, Barcelona, 1999, págs. 180-181.

50 Art. 62 CP: “A los autores de tentativa de delito se les impondrá la pena inferior en uno o dos grados a la señalada por la Ley para el delito consumado, en la extensión que se estime adecuada, atendiendo al peligro inherente al intento y al grado de ejecución alcanzado”.

objetivamente imputable a la propia víctima. Tal y como ejemplifica FELIP I SABORIT⁵¹, no es penalmente relevante un caso de un joven mayor de edad que acepta una apuesta que consiste en beberse una botella de whisky y fallece por intoxicación aguda alcohólica⁵².

Asimismo, como veremos, todos son delitos dolosos. De esta forma, no procede el castigo por colaboración al suicidio siendo la contribución imprudente, ya se deba esta a la valoración errónea del alcance de la propia conducta (exaltar virtudes del suicidio a un depresivo o darle un arma sin valorar que la vaya a utilizar), o a no dotar de seriedad a las intenciones manifestadas por el suicida.

En relación con la pena prevista, la escala de gravedad –de mayor a menor- de los delitos comenzaría con la cooperación ejecutiva al suicidio, pasando a la inducción, siendo la menos severa la cooperación necesaria.

IV.3. La inducción al suicidio (art. 143.1 CP)

La conducta del que induce al suicidio a otro es la primera que tipifica el art. 143 CP, conforme a los siguientes términos:

“El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años”.

Así, la acción consiste en hacer surgir *ex novo* en otra persona la idea de que se quite la vida. El precepto no aclara si la incitación al suicidio tiene que ser directa, o si cabe la posibilidad de castigar por inducción indirecta. Como argumento a favor de la primera opción encontramos que la propia definición de la inducción al delito que se regula en el art. 28.a) del CP⁵³ recoge expresamente que sea directa. A mayor abundamiento, el argumento teleológico también apunta a la inducción directa en la medida en que, si la inducción a un hecho delictivo tiene que ser directa, con más motivo tiene que serlo a un hecho que no es delito, como ocurre con el suicidio. En este sentido, habríamos de entender el delito de inducción al suicidio como “provocar la

51 Felip i Saborit, D. “El Homicidio y sus formas”, en SILVA SÁNCHEZ, J.M (Dir.) *et al.*, *Lecciones de Derecho Penal: Parte Especial*, Atelier Libros, iuscrimbcn, 2015, pág. 49.

52 AAP- Córdoba 44/1995, de 26/09/1995, ARP 1995/949.

53 Art. 28.a) CP: “Son autores quienes realizan el hecho por sí solos, conjuntamente o por medio de otro del que se sirven como instrumento. También serán considerados autores: a) Los que inducen directamente a otro u otros a ejecutarlo”.

resolución y realización de un suicidio mediante un influjo psíquico directo”⁵⁴. Cabría apuntar que para QUINTERO OLIVARES la condición de “directa” no desaparece porque sea encubierta o astuta, sino lo importante es que el inductor desee específicamente que el inducido tome una decisión, en este caso, quitarse la vida⁵⁵.

Quedaría abierta la vía de castigar la inducción indirecta a través del art. 143.2 CP si en el supuesto concreto esta se considerara necesaria (lo cual no tiene por qué ocurrir siempre). En caso contrario, sería atípica.

Por otro lado, aparte de directa, la inducción debe ser eficaz, sin que resulte relevante el medio empleado para hacer surgir en otro el convencimiento a matarse. Ha de tenerse presente que el suicida debe decidir quitarse la vida a causa de la inducción. Entonces, si la víctima ya había tomado la decisión de suicidarse y lo único que se hace es reforzar o apoyar la misma, quedaría impune dicha conducta salvo que llegara al punto de constituirse como una cooperación necesaria. Así, desde una perspectiva *ex ante* debe suponer un incremento relevante del riesgo de que se produzca.

En lo que respecta a la cuestión de si se exige un vínculo directo entre inductor e inducido, siguiendo la línea del argumento teleológico, si se exige proximidad -esto es, relación personal- cuando la inducción es a un delito, con más razón cuando lo es a un hecho impune como es este.

A propósito del tipo subjetivo, solo es posible la comisión dolosa, lo cual implica que el suicida ha tenido que ser intencionalmente incitado a darse muerte. Más aún cuando la inducción debe ser directa.

Llegados a este punto, resulta relevante realizar la pertinente distinción con otra figura afín como es el homicidio en autoría mediata. En la inducción al suicidio lo que se castiga es la participación en un hecho ajeno, el del suicida, que sigue teniendo el dominio del hecho y es en definitiva quien decide si muere o no. De ahí que se exija por la doctrina la imputabilidad o normalidad psíquica en el suicida, es decir, que sea capaz de autodeterminarse. Si el hecho no puede ser considerado suicidio, por no reunir las exigencias mínimas de conocimiento y capacidad de quien lo comete, el acto de

54 Felip i Saborit, D. “El Homicidio y sus formas”, en SILVA SÁNCHEZ, J.M (Dir.) *et al.*, *Lecciones de Derecho Penal: Parte Especial*, Atelier Libros, iuscrimbcn, 2015, pág. 50. En similares términos, MUÑOZ CONDE, F. *Derecho Penal Parte Especial. 21ª edición, revisada y puesta al día con la colaboración de Carmen López Peregrín*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2017, pág. 63.

55 Quintero Olivares, G. “Art. 143”, en QUINTERO OLIVARES, G. (Dir.) - MORALES PRATS, F. (Coord.) *et al.*, *Comentarios a la Parte Especial del Derecho Penal*. Aranzadi, Cizur Menor, 2011, pág. 78.

determinar a otro a causar su propia muerte podría constituir un delito de homicidio o asesinato en autoría mediata, ya que la víctima se estaría convirtiendo en un mero “instrumento” a manos del inductor⁵⁶.

Cuando media error en el suicida la cuestión se vuelve aún más compleja. Hay que distinguir dos circunstancias: cuando un tercero crea un error en el móvil o motivo del suicidio y cuando el error se refiere al sentido de la acción suicida. En el primer caso, se encuadran los supuestos que siguen considerándose inducción al suicidio, como por ejemplo, aquel en el que la víctima decide poner fin a su vida por hacérsele creer que su compañero ha muerto, o que ha sido objeto de una infidelidad, y que en esas condiciones suicidarse es lo mejor. Sin embargo, tratándose de un error sobre el sentido de la acción habría que desplazarse al ámbito de la autoría mediata del homicidio, véase cuando un sujeto bebe una sustancia al hacérsele creer que le dejará en una situación de coma hasta que se descubra un remedio para su enfermedad, pero en realidad, se trata de un veneno para poner fin a sus dolores⁵⁷.

Por el contrario, siendo el factor desencadenante del suicidio un motivo real -el suicida efectivamente tenía cáncer, pero el médico al comunicárselo de forma brusca desencadenó su reacción- puede haber todo lo más un homicidio imprudente si se actuó en contra de la más elemental prudencia profesional (por ejemplo, que el paciente fuera depresivo), pero difícilmente se podrá castigar como inducción o cooperación en el suicidio.

Otro de los supuestos conflictivos viene a ser el llamado “doble suicidio por amor” o en general, los “pactos suicidas”, en los que muchas veces uno de los pactantes sobrevive. Pues bien, la solución vendría dada por castigar al superviviente por inducción al suicidio del otro; en caso de que ambos sobreviviesen al intento, a los dos, ya que siempre habrá una “inducción mutua”.

Cabe apuntar que a pesar de que la inducción se da normalmente en ámbitos individuales o privados, también se pueden incluir casos de inducción al suicidio colectivo por líderes espirituales que tienen gran capacidad de influencia sobre grupos fanatizados. En este sentido, está siendo muy mediático el caso de la “Ballena Azul”, el cual trata de un “juego” de 50 pruebas, siendo la última el suicidio. Precisamente, en

56 MUÑOZ CONDE, F. *Derecho Penal Parte Especial*. 21ª edición, revisada y puesta al día con la colaboración de Carmen López Peregrín. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2017, pág. 63.

57 Gómez Rivero, M.C. “Delitos contra la vida humana independiente (II)”, en GÓMEZ RIVERO, M.C. (Dir.) *et al.*, *Nociones Fundamentales de Derecho Penal. Parte Especial*. Tecnos, Madrid, 2015, pág. 60.

julio de 2017 se ha conocido en Rusia la condena de tres años y cuatro meses de prisión para Philipp Budeikin, uno de los responsables que indujo a diecisiete jóvenes rusos y algunos más en otros países a que se quitaran la vida⁵⁸. Se le castigó como autor del delito de inducción al suicidio.

Debemos mencionar que para que pueda imputarse el delito, según nuestra jurisprudencia, además de que el suicidio se haya producido, el inductor ha debido actuar con esa intención, no solo la de acosar o hacer sentir mal a su víctima. Teniendo en cuenta que el último reto consiste textualmente en saltar desde un edificio alto y quitarse la vida, parece evidente que la voluntad de quien le anima a cumplirlo es la de inducirle al suicidio⁵⁹.

No podríamos finalizar el epígrafe sin hacer referencia al contexto actual de suicidios derivados de situaciones de acoso. Pues bien, el TS considera en alguna sentencia⁶⁰ que no pueden castigarse por incitación al suicidio los casos de hostigamiento o acoso que determinan que el acosado decida quitarse la vida. En la citada sentencia, se condena por torturas (y no por inducción al suicidio) a varios funcionarios de un centro de menores que sometían a uno de ellos a un estado continuo de humillación y temor, insultándole y agrediendo, y creándole un sentimiento de angustia e inferioridad. Dichas conductas anularon su autoestima y finalmente terminó suicidándose.

Otro asunto similar fue el famoso Caso Jokin⁶¹, en el que un menor decidió poner fin a su vida suicidándose por el *bullying* de varios compañeros. Estos fueron absueltos del delito de inducción al suicidio pero se les condenó por un delito contra la integridad moral y, a algunos de ellos, por una falta de lesiones. Se fundamentó dicho fallo en que en la inducción se requiere el dolo de hacer surgir en el otro la idea de suicidarse, lo cual se consideró que no concurría⁶².

58 Noticia en *Daily Mail*, de 19/07/2017, “Blue Whale suicide game ringleader is jailed for three years in Russia for inciting people to kill themselves”: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-4709894/Blue-Whale-suicide-game-ringleader-jailed-Russia.html>

Noticia en *La Vanguardia*, de 22/07/2017, “‘La ballena azul’ no es un juego, es un delito”: <http://www.lavanguardia.com/sucesos/20170722/432/ballena-azul-philipp-budeikin-condena-carcel.html>

59 Otras de las infracciones en las que podría incurrir serían los delitos de amenazas (arts. 169 a 171 CP), acoso (art. 172 ter CP), descubrimiento y revelación de secretos (arts. 197 a 201 CP), lesiones (arts. 147 y ss. CP), homicidio imprudente (art. 142 CP) o incluso “cyberbullying” (art. 173.1 CP).

60 STS 718/2013, de 01/10/2013, RJ 2013/6457.

61 Sentencia Juzgado de Menores núm. 1 de San Sebastián 86/2005, de 12/05/2005, ARP 2005/214.

62 Transcripción de un fragmento de la Sentencia: “Que le causaban daño sí [...] pero que su actividad lesiva y vejatoria iba encaminada a buscar un suicidio no”.

IV.4. La cooperación al suicidio (art. 143.2 CP)

El art. 143.2 CP establece que: “Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona”.

Así, la acción consiste en realizar actos de cooperación al suicidio, con la nota característica de que estos deben ser necesarios. ¿Qué se entiende por necesarios? En consonancia con el art. 28.b) CP⁶³, vendrían a ser aquellos sin los cuales el suicidio no se habría llevado a cabo.

Por tanto, se aprecia cómo los actos de complicidad (definidos de forma genérica en el art. 29 CP⁶⁴) quedan excluidos del tipo penal. En otras palabras, la cooperación no necesaria resulta atípica, por lo que será fundamental distinguir entre ambas figuras, dado que de la calificación de una u otra depende la impunidad o una pena que puede llegar hasta los cinco años de privación de libertad⁶⁵. Asimismo, tal y como apostilla MENDES DE CARVALHO, se reprocha que se destipifique la complicidad al suicidio ajeno sin que el CP dé una definición del concepto de suicidio que debería aplicarse⁶⁶ -sobre el cual ya hemos visto que la doctrina se encuentra enfrentada-.

A fin de encontrar una base lo más segura posible para delimitar la cooperación necesaria y la complicidad se desarrolla la teoría de los bienes escasos, determinando que el mejor criterio es el que se centra en las posibilidades reales del suicida para llevar a cabo su propia muerte por sí mismo o en la intensidad con la que necesitaría la participación de un tercero para la ejecución del acto (en otras palabras, si es fácil encontrar la colaboración o no)⁶⁷. En esta línea, se sostiene que si el suicida es capaz de lograr la producción de la propia muerte prescindiendo de la colaboración ajena, el auxilio no es necesario y, por consiguiente, la conducta sería impune. Por ejemplo, “dar una pistola o un veneno será generalmente cooperación necesaria, pero indicar

63 Art. 28.b) CP: “Son autores quienes realizan el hecho por sí solos, conjuntamente o por medio de otro del que se sirven como instrumento. También serán considerados autores: (...) b) Los que cooperan a su ejecución con un acto sin el cual no se habría efectuado”.

64 Art. 29 CP: “Son cómplices los que, no hallándose comprendidos en el artículo anterior, cooperan a la ejecución del hecho con actos anteriores o simultáneos”.

65 CEREZO MIR, J. “Autoría y participación en el Código penal vigente y en el futuro Código penal”, en *Problemas fundamentales del Derecho penal*. Tecnos, Madrid, 1982, pág. 343; ROMEO CASABONA, C.M. *Los delitos contra la vida y la integridad personal y los relativos a la manipulación genética*. Comares, Granada, 2004, págs. 110-111.

66 MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, pág. 244.

67 RODRÍGUEZ MOURULLO, G. (Dir.) - JORGE BARREIRO, A. (Coord.). *Comentarios al Código penal*. Civitas, Madrid, 1997, págs. 413-414.

meramente dónde puede conseguirse, complicidad”⁶⁸. En sentido parecido se pronuncia Díez RIPOLLÉS estimando que la cooperación debe ser de tal naturaleza que le haya resultado imposible al suicida en otro caso poner en práctica su decisión de matarse⁶⁹.

Por otro lado, ha de tenerse presente que en este precepto debe incluirse también la realización de actos ejecutivos del plan que no sean de matar, como preparar el veneno o verterlo en la bebida para que el suicida la beba, entre otros, pues aquellos que se constituyan como actos de ejecución de la muerte propiamente dichos encajarían en el apartado tercero de este mismo artículo.

Del análisis de la jurisprudencia se puede obtener una visión más precisa de lo que viene a constituir el delito. Así, se castiga por art. 143.2 CP a la mujer que facilita a su marido malherido, que ya había intentado matarse con una escopeta de caza, más cartuchos, con los que finalmente consigue causarse la muerte⁷⁰. En el mismo sentido se falla en un caso en el que la víctima, que estaba en una profunda depresión y con ideas suicidas, es reforzada en su convencimiento de quitarse la vida por la persona que ejerce labores de “acompañamiento psíquico”, quien le aconseja como método indoloro una sobredosis de heroína y le facilita la droga que acaba utilizando⁷¹.

En otro orden de cosas, resulta cuestionable la posibilidad de la punibilidad de la cooperación necesaria en comisión por omisión. La atipicidad de la omisión vendría defendida por una interpretación gramatical o literal del precepto, que parece da a entender una participación activa en el suicidio de otro. Podría llegar a justificarse la condena cuando la conducta consista en un favorecimiento o levantamiento de obstáculos y no únicamente en la no interposición a la comisión de un hecho, que en este caso es que un tercero se mate. Lo que tendría que suceder es que “la omisión equivaliera materialmente desde el punto de vista normativo a la comisión positiva”⁷².

68 MUÑOZ CONDE, F. *Derecho Penal Parte Especial*. 21ª edición, revisada y puesta al día con la colaboración de Carmen López Peregrín. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2017, pág. 65.

69 Díez Ripollés, J.L. “Art. 143”, en Díez RIPOLLÉS, J.L. - GRACIA MARTÍN, L. (Coords.), LAURENZO COPELLO, P. *Comentarios al Código Penal. I*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 1997, pág. 213.

70 STS 1299/1986, de 15/03/1986, RJ 1986/1646.

71 SAP-Barcelona 528/2012, de 21/05/2012, JUR 2012/232189.

72 Más ampliamente, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, vol. 8, núm. 79, 2012, págs. 131-132.

No obstante, parece ser difícil encontrar supuestos de cooperación por omisión, sobre todo teniendo en cuenta que entendemos que la cooperación debe ser activa⁷³.

Y, ¿se castiga el no impedir el suicidio? MENDES DE CARVALHO explica que cuando se trata de un suicidio libre, en opinión de la doctrina dominante⁷⁴, no existe un deber de evitar el suicidio ajeno, ya sea porque en tales situaciones no se puede afirmar la responsabilidad de un tercero no garante por un delito de omisión del deber de socorro (art. 195 CP⁷⁵) -ya que la víctima no es persona desamparada- o bien porque la negativa del sujeto pasivo cancela la posición de garantía y por lo tanto impide la responsabilidad del garante por un delito de participación en el suicidio en comisión por omisión⁷⁶. Dicho de otra forma, la inexistencia de un deber de actuar ante un acto que lleva a cabo un sujeto de forma libre y responsable para acabar con su vida no permite hablar de responsabilidad del tercero por un delito de omisión, sea propio o impropio. Más aún, como la conducta del suicidio es lícita, imposibilitar que se lleve a cabo podría dar lugar a un delito de coacciones por impedir a otro lo que no está prohibido (pero que podría estar justificado por el estado de necesidad, que de no aceptarse, igualmente las reglas del error conducirían a la impunidad del que evita el suicidio)⁷⁷.

Debemos apuntar que MUÑOZ CONDE no comparte esta doctrina, sosteniendo que la mera pasividad ante el suicidio que no se tiene obligación de evitar, como no cortar la soga del ahorcado (cuando aún no ha muerto) o no avisar al médico cuando el suicida se

73Un ejemplo de una sentencia que se pronuncie mostrándose contraria a la posibilidad de apreciar la colaboración al suicidio en comisión por omisión sería la SAP-Girona 184/2001, de 23/03/2001, ARP 2001/502. Consideró que no era aplicable el art. 143 a la conducta del marido que ve que su mujer se coloca una bolsa de plástico a la cabeza en la que había introducido una manguera conectada a una bombona de butano y se limita a cerrar la espita del gas pero no retira la bolsa con lo que finalmente se asfixia la mujer. Se descartó el castigo del hombre como cooperador al suicidio en comisión por omisión por entender que la participación solo es punible por acción, no por omisión.

74 Díez Ripollés, J.L. “Art. 143”, en Díez Ripollés, J.L. - GRACIA MARTÍN, L. (Coords.), LAURENZO COPELLO, P. *Comentarios al Código Penal. I*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 1997, pág. 217.; ROMEO CASABONA, C.M. *Los delitos contra la vida y la integridad personal y los relativos a la manipulación genética*. Comares, Granada, 2004, pág. 104 (“el reconocimiento constitucional de la disponibilidad de la propia vida por uno mismo comporta ya la inexistencia, o desaparición de la posición de garante por parte de terceros cuando el interesado ha tomado y manifestado a esos terceros su decisión en ese sentido”).

75 Art. 195 CP: “1. El que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiere hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, será castigado con la pena de multa de tres a doce meses. 2. En las mismas penas incurrirá el que, impedido de prestar socorro, no demande con urgencia auxilio ajeno. 3. Si la víctima lo fuere por accidente ocasionado fortuitamente por el que omitió el auxilio, la pena será de prisión de seis meses a 18 meses, y si el accidente se debiere a imprudencia, la de prisión de seis meses a cuatro años”.

76 MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, pág. 255.

77 En este sentido, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, vol. 8, núm. 79, 2012, pág. 132.

está desangrando fundamentan el castigo -todo lo más- por un delito de omisión del deber de socorro del art. 195 CP⁷⁸.

En relación con el tipo subjetivo, se desprende de lo comentado que la cooperación ha de ser dolosa en todo caso. Así, el que coopera con actos necesarios al suicidio de otro ha de conocer la voluntad de privarse de la vida de la otra persona y querer auxiliar a este fin, aunque respecto a la necesidad de la cooperación basta con que tenga conciencia de la importancia de la cooperación.

Respecto a la pena, cabe destacar que como a veces la cooperación puede ser más grave que la inducción, se permite el solapamiento de penas (inducción: de 4 a 8 años; cooperación necesaria: de 2 a 5 años). Si concurriera una acción de inducción con otra de cooperación necesaria al suicidio, el concurso de leyes se resolverá a favor de la inducción por alternatividad y porque la cooperación sería un acto posterior copenado o impune⁷⁹.

Por último, parece pertinente realizar una especial consideración de las huelgas de hambre y del rechazo de tratamientos médicos. Para MUÑOZ CONDE, sería un error equiparar el rechazo de determinados tipos de tratamiento o la alimentación forzosa en los casos de huelga de hambre reivindicativa con el intento de suicidio. En realidad, los sujetos no tienen voluntad de morir. Únicamente intentan conseguir su reivindicación o curarse de una forma que no requiera, por ejemplo, una transfusión de sangre (testigos de Jehová), y ello tiene que ser respetado mientras el huelguista esté consciente, y en el supuesto del enfermo “incluso aunque caiga en estado de inconsciencia, porque aquí no se trata ni siquiera de aceptar el resultado eventual de la muerte, sino de intentar evitarlo con un tratamiento distinto”⁸⁰.

IV.5. La cooperación ejecutiva al suicidio (art. 143.3 CP)

El artículo 143.3 CP castiga con una pena superior a las anteriores los supuestos en los que “la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte”. La sanción

78 MUÑOZ CONDE, F. *Derecho Penal Parte Especial*. 21ª edición, revisada y puesta al día con la colaboración de Carmen López Peregrín. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2017, págs. 65-66.

79 DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, vol. 8, núm. 79, 2012, págs. 128, 132.

80 MUÑOZ CONDE, F. *Derecho Penal Parte Especial*. 21ª edición, revisada y puesta al día con la colaboración de Carmen López Peregrín. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2017, págs. 66-67.

prevista sería la prisión, con una duración que iría desde los seis a los diez años. Resulta bastante razonable que la pena impuesta sea inferior a la asociada al homicidio, precisamente porque merece un mayor desvalor matar a alguien en contra de su voluntad que hacerlo con su consentimiento, en supuestos en los que incluso pueden concurrir motivaciones piadosas o humanitarias. Así, podría decirse que este precepto “tiene una función privilegiante”⁸¹.

Se diferencia del apartado anterior en que este es de índole ejecutiva, esto es, se lleva la cooperación hasta el punto de ejecutar la muerte del que no quiere vivir más. Incluye los supuestos de homicidio a petición de la víctima, siempre que no concurren los requisitos del art. 143.4 CP, esto es, de la eutanasia.

Debe quedar claro que quien no quiere vivir más sigue teniendo el dominio del hecho y se le considera autor en sentido material, de tal forma que quien coopera ejecutando la muerte lo hace a título de participación. En otras palabras, aunque la muerte sea causada por un tercero, si quien va a morir sigue siendo quien controla la situación, no podría considerarse homicidio.

A mayor abundamiento, si bien es cierto que existen mínimas discrepancias, la mayoría de la doctrina considera que este precepto sigue siendo aplicable a los casos en los que la ejecución del hecho se realiza cuando el sujeto pasivo no tiene capacidad de control (por hallarse inconsciente, entre otras cosas), si esta persona ha mantenido su decisión hasta el momento de pérdida de control. En cuanto a los medios utilizados se acepta cualquiera que sea idóneo para ello.

Así, a modo de ejemplo, una sentencia de la Audiencia Provincial de Almería⁸² falla castigando por cooperación ejecutiva al suicidio el supuesto en el que un sujeto manifiesta a otro que quiere morir, ya que se encontraba en una mala situación personal al ser inmigrante irregular en España y era posible su expulsión del país, y el segundo procede utilizando su cinturón y le causa la muerte por asfixia.

Por otro lado, nuevamente se plantea la cuestión de si se admite la comisión por omisión. Pues bien, en nuestra doctrina parece más claro en este caso que no lo sea, ya que el CP utiliza claramente la expresión “ejecutar”. No obstante, MUÑOZ CONDE

81 Felip i Saborit, D. “El Homicidio y sus formas”, en SILVA SÁNCHEZ, J.M (Dir.) *et al.*, *Lecciones de Derecho Penal: Parte Especial*, Atelier Libros, iuscrimbcn, 2015, pág. 52. Apunta que de no existir este precepto, se correría el riesgo de considerar estas conductas como homicidio o incluso asesinato.

82 SAP-Almería 47/2002, de 20/02/2002, ARP 2002/195.

realiza una puntualización interesante entorno al siguiente caso, en línea con la realizada para la cooperación necesaria al suicidio: si el que mata -por ejemplo, enfermero- y el que no quiere vivir -enfermo- se ponen de acuerdo en la forma de producir la muerte -dejar de suministrar una medicina-, sostiene que no habría inconveniente en que se castigue la comisión por omisión, siempre que el primero tuviera el deber jurídico de realizar dicha actividad, esto es, suministrar la medicina, y por tanto la posición de garante respecto a la vida del que quiere morir. Aún así, ha de tenerse presente que como comentaremos en la sección quinta, la legislación sanitaria reconoce el derecho del paciente a rechazar un tratamiento, lo que elimina la posición de garante del personal sanitario y consecuentemente, la comisión por omisión⁸³ -además de que el paciente no es un suicida, sino que el rechazo a un tratamiento forma parte del derecho a la integridad física-. Esto no ocurriría en el caso de la relación médico-interno en un centro penitenciario, en la que subsiste la posición de garante y entonces también el deber jurídico de imponer un tratamiento aun en contra de la voluntad del reo que no quiere vivir, que en caso de incumplirse, abriría la posibilidad de imputarle un delito de cooperación ejecutiva al suicidio en comisión por omisión⁸⁴.

Otro de los elementos problemáticos aparece en relación con el tipo subjetivo. Es necesario el dolo, referido tanto a la acción letal misma como al conocimiento de la voluntad seria y decidida del suicida. No obstante, este último extremo no goza de facilidad probatoria. En la anterior sentencia de la Audiencia Provincial de Almería⁸⁵ sí se declaró probado que se estaba actuando a instancias del suicida, pero en otros muchos casos resulta muy complicado de demostrar.

Por último, atendiendo a los posibles concursos, si quien induce al suicidio o coopera necesariamente en él realiza además alguna de las conductas que encajan en el art. 143.3 CP, el castigo por este delito será siempre preferente al de cooperador necesario en el suicidio, y en principio (porque debido al solapamiento de penas podrá optarse por la calificación que implique mayor gravedad de la conducta), también a la de inductor de este. Además, en los casos en los que finalmente se produzca el resultado

83 MUÑOZ CONDE, F. *Derecho Penal Parte Especial*. 21ª edición, revisada y puesta al día con la colaboración de Carmen López Peregrín. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2017, págs. 68-69.

84 *Op. ult. cit.* Más ampliamente, CRIADO GÁMEZ, J.M. “Huelga de hambre y alimentación forzosa”, en *DS: Derecho y Salud*, vol. 21, núm. Extra 1, 2011, págs. 125-139. Jurisprudencia relacionada: STC 120/1990, de 27/06/1990, RTC 1990/120, que resolvió la constitucionalidad de las medidas adoptadas por la Administración penitenciaria para alimentar forzosamente a los reclusos del GRAPO en huelga de hambre; las SSTC 137/1990, de 19/07/1990, RTC 1990/137; y 11/1991, de 17/01/1991, RTC 1991/11.

85 SAP-Almería 47/2002, de 20/02/2002, ARP 2002/195.

de muerte, las lesiones que eventualmente hayan sido necesarias para producirla quedarán subsumidas en el acto de ayuda al suicidio. Lo mismo ocurre en los casos en los que el suicidio haya quedado en grado de tentativa. Habrá de apreciarse un concurso de leyes entre el acto de colaboración en el suicidio intentado y las lesiones producidas (a título de autor o partícipe, según los casos), a castigar conforme al tipo delictivo que tenga pena superior.

IV.6. Opinión personal

A nuestro juicio, no cabe controversia respecto a la impunidad de la conducta del suicida, tanto por razones político-criminales como por la consideración del derecho a la disponibilidad de la vida que entendemos se deriva del análisis e interpretación conjunta de los artículos citados de la CE. Ello no obsta para añadir que determinados actos de participación en el suicidio deban castigarse. Así, sostenemos que el desvalor de la conducta de inducción a otro al suicidio es tal que no puede quedar impune. Se llega hasta el punto de convencer a otra persona a que se quite la vida, lo cual tendrá unas consecuencias irreparables, de modo que es un acto que ostenta notoria gravedad. Incluso cuando únicamente llegue a intentarlo, esto es, aunque no se consume, abogamos porque también debe sancionarse.

Respecto a la complicidad, compartimos el criterio del legislador de no considerar las aportaciones de tal partícipe penalmente relevantes, mientras que la cooperación necesaria sí es apropiado castigarla. No obstante, nos parece problemático que de la distinción de una figura u otra el tercero se debata entre la impunidad y la pena de prisión de dos a cinco años, por lo que hay que atender minuciosamente a las circunstancias del caso de acuerdo a la teoría de los bienes escasos⁸⁶.

En relación con la cooperación ejecutiva al suicidio, consideramos que la pena debería rebajarse, al menos en su límite superior. Se produce casi un solapamiento entre la del homicidio simple consumado -que es de 10 a 15 años de prisión- y esta -de 6 a 10 años-, cuando la diferencia entre un supuesto y otro es considerable. En el homicidio se priva de la vida a una persona sin su consentimiento, mientras que la cooperación ejecutiva al suicidio es un “mátame, por favor”, de personas que gozando de capacidad

⁸⁶ Por ejemplo, en España conseguir una pistola y dársela al suicida puede considerarse cooperación necesaria, cosa que en Estados Unidos podría no apreciarse como un “bien escaso” o que sea difícil de conseguir.

de autodeterminación deciden de forma consciente realizar este acto supremo de voluntad. Asimismo, en línea con la postura que adoptamos respecto a la eutanasia (que bajo estricta y detallada regulación no debería castigarse) y que comentaremos en el apartado siguiente, tampoco debemos olvidar que en el art. 143.3 CP encajan supuestos eutanásicos en los que no se cumplen todos los requisitos que exige el tipo penal del apartado cuarto del mismo precepto, otro motivo por el que la pena asociada a este delito debería rebajarse al menos en su límite superior.

V. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DE LA EUTANASIA (ART. 143.4 CP)

El término eutanasia procede de los vocablos griegos *eu* (adjetivo: bueno/a) y *thanatos* (sustantivo: muerte), por lo que viene a entenderse como buena muerte, es decir, “la producción de la muerte de una persona sin sufrimientos físicos y morales”⁸⁷. Según el Diccionario de la RAE, es la “intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura”, y más concretamente en medicina se define como la “muerte sin sufrimiento físico”. Por su parte, la OMC, viene a definirla en la misma línea como “la acción u omisión, directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa o reiterada de esta”.

Actualmente, tal y como apunta TORÍO LÓPEZ, la eutanasia no se circunscribe únicamente a casos de pacientes terminales en los que sea apreciable un proceso patológico irreversible, y que según pronóstico científico vayan a morir en un breve lapso de tiempo, ya que “se encuentra excluido el pronóstico positivo de un próximo fallecimiento”⁸⁸.

V.1. Clasificaciones tradicionales de la eutanasia

Existen diferentes clasificaciones en función de variados criterios, aunque nos vamos a centrar en dos de ellas: atendiendo a la contribución valorativa a la muerte y según el móvil por el que se actúa.

87 ROMEO CASABONA, C.M. *El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana*. Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 1994, pág. 420.

88 TORÍO LÓPEZ, Á. “Reflexión Crítica sobre el Problema de la Eutanasia”, en *EPC*, vol. XIV, 1989-1990, pág. 221.

V.1.1. Atendiendo a la contribución valorativa a la muerte

La clasificación más importante es la que distingue entre eutanasia *activa* y *pasiva* según criterios valorativos que diferencian entre matar y dejar morir. La primera, también llamada eutanasia por comisión, “es la que se efectúa a través de la realización de actos positivos de ayuda a morir, eliminando o aliviando el sufrimiento del enfermo”⁸⁹. Se subdivide a su vez en dos tipos de conductas: la eutanasia activa *directa*, que se caracteriza porque la acción se dirige intencionalmente, esto es, de forma dolosa, al acortamiento de la vida del paciente; y la eutanasia activa *indirecta*, en la que el objetivo primordial es la atenuación de sufrimientos y dolores del paciente, con el efecto colateral del acortamiento del curso vital, al aceptar el suministro de medidas terapéuticas que con alta probabilidad causarán el fallecimiento. En otras palabras, en la eutanasia activa indirecta se mejora la calidad de vida del enfermo a costa de adelantar su muerte, supuesto en el que encajarían la sedación paliativa y más concretamente la sedación terminal, en la que se administran medicamentos con un fuerte efecto tranquilizante y con los que se disminuye la consciencia del enfermo al borde de la muerte⁹⁰.

Adelantamos ya en este momento que además de ser respetuosa con la *lex artis* médica y constituir un deber del médico, la eutanasia activa indirecta ha sido legalizada en España a través de la implementación formal de un sistema de cuidados paliativos -como son el uso de sedantes o drogas analgésicas en procesos terminales- en el ámbito de la asistencia sanitaria pública, y del castigo de únicamente aquellas conductas eutanásicas que causen activa y directamente la muerte del paciente. De esta manera, se pretenden evitar las muertes clandestinas y sin control que son consecuencia de la administración de altas dosis de medicamentos para atenuar el sufrimiento de los enfermos. A mayor abundamiento, en el caso de profesionales sanitarios que obligaran de manera consciente a sufrir innecesariamente al enfermo desahuciado, podría llegar a

89 MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, págs. 268 y ss.

90 En el ámbito ético, la eutanasia activa indirecta vendría definida por el principio del doble efecto, en el cual se permite un determinado tratamiento que pueda tener un efecto beneficioso y otro perjudicial, siempre y cuando este último no haya sido buscado de forma intencionada por el médico y el resultado final sea beneficioso o neutro para el enfermo.

tipificarse penalmente como una omisión del deber profesional (art. 196 CP⁹¹), tal y como argumenta QUINTERO OLIVARES⁹².

En cuanto a la *eutanasia pasiva* o eutanasia por omisión, engloba los supuestos que constituyen una “abstención deliberada de la prestación de determinadas medidas y tratamientos médicos cuyo mantenimiento solo sirve para prolongar artificial o innecesariamente la vida, y cuya ausencia anticipa de esta forma la muerte”⁹³. Siempre es voluntaria y directa. De esta forma, viene a ser dejar morir, no impedir la muerte, no prolongar -pudiendo hacerlo- la vida, lo que al mismo tiempo significa que el sujeto no produce, ni siquiera acelerando, en ningún modo la muerte del enfermo. Se caracteriza por la interrupción del tratamiento médico (siempre y cuando se produzca la muerte) o también por la no adopción de medidas tendentes a prolongar la vida. En este contexto debemos hacer referencia a dos figuras como son la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) y la ortotanasia.

En lo que respecta a la *Limitación del Esfuerzo Terapéutico*, consiste en “no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida”⁹⁴. Algunos autores⁹⁵ han criticado esta denominación por considerar que “limitación del esfuerzo” tiene una connotación negativa, motivo por el que “adecuación de medidas” lo consideran más apropiado.

La palabra “limitación” hace referencia al momento de parar, no iniciar, reducir o restringir. No significa terminar y dejar desamparado al enfermo, sino que implica derivarlo a otras áreas (como al ámbito paliativo -que no implique acortamiento de la vida- o al acompañamiento). En cuanto a “esfuerzo”, parece que conlleva ir más allá de proporcionar los múltiples medios y medidas de soporte vital. Por último, “terapéutico”, unido a lo anterior, reconoce que abandonar las medidas de soporte vital no equivale a

91 Art. 196 CP: “El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años”.

92 Quintero Olivares, G. “Art. 143”, en QUINTERO OLIVARES, G. (Dir.) - MORALES PRATS, F. (Coord.) *et al.*, *Comentarios a la Parte Especial del Derecho Penal*. Aranzadi, Cizur Menor, 2011, págs. 80-81.

93 MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, pág. 272.

94 HERREROS, B., PALACIOS, G. y PACHO, E. “Limitación del Esfuerzo Terapéutico”, en *Revista Clínica Española*, vol. 212, núm. 3, 2012, págs. 134-140.

95 Como PÉREZ PÉREZ, F.M. “Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida”, en *Semergen-Medicina de familia*, vol. 42, núm. 8, 2016, págs. 566-574.

desasistir del todo al paciente y al entorno familiar en el proceso de muerte. Así, deben aparecer otras obligaciones, de índole más humana que tecnológica, pero que siguen perteneciendo al ámbito de la ciencia terapéutica.

Existen dos tipos: no iniciar determinadas medidas (*withholding*) o retirarlas cuando están instauradas (*withdrawing*). Su justificación vendría dada por la percepción de una desproporción entre los medios terapéuticos y los fines que se pretenden lograr con su utilización. En este sentido, el art. 36.2 del Código de Ética y Deontología Médica de 2011 de la OMC⁹⁶ establece la corrección deontológica de la práctica de la LET. Asimismo, existe acuerdo prácticamente unánime entre los juristas acerca de que la LET no está tipificada por el art. 143 CP ni por el art. 196 CP, que recoge el ya citado delito de omisión del deber de socorro de los profesionales.

A diferencia de la eutanasia activa, en la LET únicamente existe la constatación clínica por parte del equipo terapéutico de que el tratamiento es fútil y que no parece correcto obstinarse en mantenerlo, pues únicamente produciría un retraso en la muerte que se sabe inminente con los medios técnicos de los que se dispone en ese momento. Y más importante aún, debe apuntarse que la LET no busca, en su intención, producir la muerte.

Por otro lado, ha de tenerse presente que se tienen en cuenta muy variados elementos a la hora de tomar decisiones para aplicar dicha medida: aparte de una valoración clínica detallada, se analiza la competencia del paciente y su grado de autonomía, aspectos socioculturales, religiosos y grado de apoyo familiar, acuerdo de la familia (sin responsabilizarles) y del equipo médico, existencia de instrucciones previas del paciente (testamento vital), así como una valoración del tratamiento, esto es, si es proporcionado o desproporcionado, útil o fútil, y si resulta indicado o contraindicado.

Otra de las conductas a explicar es la *ortotanasia*, también conocida como *muerte digna*. El término se atribuye al doctor Boskan de Lieja y se trata de un vocablo de origen griego formado por *orto* (correcto, recto) y *thanatos* (muerte). Él mismo la define como “la supresión de especiales cuidados de reanimación a pacientes incurables en estado de coma profundo e irreversible, en estado terminal, a personas en estado de vida

96 Art. 36.2 Código de ética y Deontología Médica OMC: “El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables”.

vegetativa artificial, a agonizantes”⁹⁷. Puede consistir tanto en la no iniciación de un tratamiento, en no tratar una complicación que surge a raíz de la enfermedad originaria, o en suspender el tratamiento ya iniciado (por ejemplo, no administrar la medicación pertinente). A pesar de que autores como MUÑOZ CONDE la encuadran dentro de la eutanasia activa indirecta⁹⁸, otras opiniones, entre las que se encuentra ÁLVAREZ GÁLVEZ, consideran que encaja más adecuadamente en la eutanasia pasiva -posición que compartimos-.

Así, se entiende como muerte recta o en su debido momento. La idea es que entre el alargamiento de la vida -y del sufrimiento- y el acortamiento deliberado de la misma, existe un momento en el que naturalmente se daría la muerte de la persona enferma, y de lo que se trata es de frenar el proceso hasta ese límite. Esta es la nota que la separa de los demás comportamientos consistentes en dejar morir que se consideran eutanasias pasivas, ya que no se deja que el proceso de muerte se desarrolle y culmine, sino que se intenta frenarlo hasta el que se considera el momento de la muerte, en el que ya no tiene sentido seguir manteniendo la vida a toda costa. No obstante, parece que dicha distinción es algo inconsistente, al ser más moral que técnica la determinación del supuesto “momento de muerte”.

De esta forma, la muerte digna considera al enfermo como “ser humano hasta el momento de la muerte, respetando tanto sus creencias y valores así como su participación en la toma de decisiones, mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial”⁹⁹. De la mano de una muerte digna va una *buena práctica médica*, es decir, cuando las actuaciones médicas persiguen unos objetivos adecuados, que tratan de promocionar la dignidad y calidad de vida del enfermo. Para lograrlo, se apela a la atención integral tanto del enfermo como de los familiares, al óptimo seguimiento y control de los síntomas, así como a un adecuado soporte emocional y comunicación entre las partes. Entre los argumentos a favor de la muerte digna destacan evitar el ensañamiento terapéutico (que comentaremos más adelante), humanizar la medicina, respetar la autonomía del paciente y evitar la judicialización de este tipo de supuestos.

97 ÁLVAREZ GÁLVEZ, I. *La eutanasia voluntaria autónoma*. Dykinson, Madrid, 2002, pág. 82.

98 MUÑOZ CONDE, F. *Derecho Penal Parte Especial. 21ª edición, revisada y puesta al día con la colaboración de Carmen López Peregrín*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2017, pág. 71.

99 ALTISENT TROTA, R. *et al.* “Atención Médica al Final de la Vida”, en *Organización Médica Colegial de España (OMC)*, 2015, pág. 9.

Una vez comentadas las dos modalidades de eutanasia, activa y pasiva, debemos aclarar otro extremo en cuanto a su terminología, que es frecuentemente objeto de confusión. Se discute si la desconexión de los aparatos de medicina intensiva que mantienen de forma artificial las funciones vitales del enfermo debe considerarse una conducta activa (desconectar los aparatos) u omisiva (interrupción del tratamiento). Pues bien, en línea con lo argumentado por DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO y BARBER BURUSCO¹⁰⁰ no debe identificarse eutanasia pasiva con no hacer, ni eutanasia activa con actuar positivamente. La diferenciación entre una y otra no debe realizarse atendiendo a criterios naturalísticos, como la realización o no de movimientos, sino desde el punto de vista valorativo, esto es, tal y como hemos comentado, si la conducta equivale material y valorativamente a matar -eutanasia activa- o a dejar morir -eutanasia pasiva-.

De esta manera, como ejemplos de eutanasia activa destacarían la inyección letal¹⁰¹, las inhalaciones gaseosas¹⁰² o las dosis letales¹⁰³, mientras que entre los casos de eutanasia pasiva encontraríamos la inanición, la deshidratación, la retirada de elementos mecánicos (como respiradores, sondas, controladores cardiacos) o de tratamientos médicos.

Dicha distinción resulta esencial, ya que anticipamos que la eutanasia pasiva (al igual que la activa indirecta) resulta atípica conforme al art. 143.4 CP y, por tanto, de la propia calificación de la conducta se derivará responsabilidad penal o no.

V.1.2. Atendiendo a los motivos por los que se actúa

La valoración de los motivos es tenida en cuenta para determinar el juicio de reproche sobre el comportamiento del autor (culpabilidad) e influye en la gravedad de la pena. De esta forma, podemos diferenciar entre eutanasia libertadora o terapéutica, eugénica o seleccionadora y económica¹⁰⁴.

100 DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. y BARBER BURUSCO, S. "Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España", en *Revista Nuevo Foro Penal*, vol. 8, núm. 79, 2012, págs. 123-124.

101 Consiste en el suministro de dosis exactas de sustancias letales, como el cloruro de potasio, que produce un paro cardíaco en el enfermo.

102 El enfermo inhala un gas anestésico y posteriormente, un segundo gas, de carácter tóxico, por ejemplo, monóxido de carbono o dosis muy densas de anhídrido carbónico que producen una muerte serena al paciente.

103 El enfermo recibe de un segundo una determinada cantidad de una sustancia tóxica.

104 Clasificación que pone de manifiesto MENDES DE CARVALHO, G. en *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, págs. 274 y ss.

En cuanto a la *eutanasia libertadora o terapéutica*, la motivación del tercero que interviene es humanitaria. Engloba supuestos en los que se trata de eliminar el sufrimiento del paciente, a la vez que el autor se libera de la carga o tensión emocional que recae sobre él al ver al enfermo en situación de padecimiento de dolor. En lo que respecta a la *eutanasia eugénica o seleccionadora*, hace referencia a la supresión de la vida de personas que (a pesar de no padecer una agonía o de que su muerte no es próxima e irreversible) son portadoras de deformidades, molestias contagiosas o incurables o son recién nacidos enfermos, con el objetivo de mejorar la especie humana. Por *eutanasia económica*, se entiende la “eliminación” de enfermos mentales irrecuperables, minusválidos o ancianos, cuya existencia es -desde un punto de vista económico- inútil, o en las que los medios empleados son más aprovechables en otro paciente con mejor pronóstico, o incluso cuando los familiares y allegados necesitan desprenderse de la carga económica que supone su manutención.

Siguiendo esta línea, QUINTERO OLIVARES introduce otros dos tipos como son la eutanasia criminal (eliminación de personas socialmente peligrosas) y experimental (provocación de muertes con una finalidad científica experimental)¹⁰⁵.

Desde esta perspectiva, únicamente constituiría una eutanasia como tal la libertadora. Las demás modalidades deberían ser consideradas formas de homicidio en sentido estricto (art. 138 CP) o incluso asesinato (art. 139 CP). No cabe olvidar que quien muere en dichos casos no puede considerarse un suicida, de acuerdo al concepto que ya hemos proclamado.

Debemos apuntar que en todo caso, para que la conducta pueda calificarse como eutanasia a la luz del art. 143.4 CP, deberá cumplir con los requisitos establecidos en dicho tipo penal. De esta forma, un *homicidio consentido* podrá calificarse como eutanasia o ser una conducta de cooperación ejecutiva al suicidio si no cumple con las condiciones necesarias para la primera.

V.1.3. Conductas que no son eutanásicas

Por otro lado, en el extremo opuesto a conductas como la LET o la ortotanasia encontramos la *distanasia* (del griego, *dys*, malo o anómalo; y *thanatos*, muerte), también conocida como obstinación o encarnizamiento terapéutico. Consiste en la

105 Quintero Olivares, G. “Art. 143”, en QUINTERO OLIVARES, G. (Dir.) - MORALES PRATS, F. (Coord.) et al., *Comentarios a la Parte Especial del Derecho Penal*. Aranzadi, Cizur Menor, 2011, pág. 79.

aplicación de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, que son tratamientos inútiles o fútiles, con el fin de retrasar a toda costa la muerte, aun sabiendo que no se dispone ya de terapias capaces de bloquear el mal. De forma similar aparece definida por el art. 5 de la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte¹⁰⁶. La aplicación por parte del médico de estos tratamientos, generalmente con objetivos curativos, es considerada como una mala práctica y una falta deontológica. No obstante, aunque resulte llamativo, no hay ninguna ley que prohíba y castigue estas no poco frecuentes prácticas.

En este sentido, se aducen como causas de obstinación el convencimiento de algunos médicos de que la vida es un bien por el que se debe luchar al margen de su calidad y de la dignidad de la persona; una contemplación de los aspectos científicos de la enfermedad en lugar de considerar al enfermo; la ignorancia o desprecio del derecho del paciente a rechazar el inicio o mantenimiento de tratamientos médicos que prolonguen su sufrimiento, o finalmente la angustia del médico ante el fracaso terapéutico, que no acepta la muerte de su paciente¹⁰⁷.

Las consecuencias que acarrea vienen a ser el sentimiento de frustración de profesionales, enfermos y familiares y la consideración por parte de los ciudadanos de la necesidad de contar con apoyo legal para protegerse de lo que se considera un poder incontrolado de los médicos en el tratamiento de los enfermos. Además, se crea un clima favorable hacia la despenalización de la eutanasia activa directa, al valorar que la muerte es mejor que el sufrimiento inútil. Por otro lado, se valora el servicio prestado como ineficiente al emplear recursos médicos disponibles en un paciente en el que serán inútiles.

Ha de tenerse presente en todo momento que la aplicación de determinadas medidas en contra de la voluntad del paciente podría incluso constituir un delito contra su libertad o integridad moral, sobre todo cuando se hace con fines experimentales o no exclusivamente terapéuticos.

106 Art. 5. i): “Obstinación Terapéutica: Situación en la que a una persona en el proceso de la muerte se le inician o mantienen medidas carentes de utilidad clínica, que pueden mermar su calidad de vida y que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo en consecuencia susceptible de limitación”.

107 Factores recogidos en el Documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña, aprobado por unanimidad en sesión plenaria de 28 de Junio de 2005. Redactores-ponentes: Dr. Jordi Sans Sabrafen y Dr. Francesc Abel Fabre.

En definitiva, resulta esencial distinguir cada uno de los supuestos, en la medida en que dependiendo de la calificación jurídica que se otorgue a la conducta, podrá desencadenar o no responsabilidad penal.

V.2. Conductas tipificadas en el art. 143.4 CP

El CP recoge en su art. 143.4 que “El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de este, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”. Así, supone una solución intermedia entre la punición de estos supuestos eutanásicos como cualquier otra modalidad de cooperación al suicidio y la despenalización total.

La conducta que se castiga es causar o cooperar activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona. Por medio de la introducción del adverbio “activamente” se ha tratado de excluir el castigo de la eutanasia pasiva y abarcar los supuestos de eutanasia activa (recordamos que en los casos de desconexión de aparatos de medicina intensiva no se atiende a un criterio naturalístico de realización de movimiento, sino que se trata de dilucidar si desde el punto de vista valorativo las conductas equivalen a matar –eutanasia activa- o dejar morir –eutanasia pasiva-). El adjetivo “directo” implica, ya desde una perspectiva estrictamente gramatical, que sea atípica la eutanasia activa indirecta.

No obstante, un sector doctrinal constituido, entre otros, por TOMÁS-VALIENTE LANUZA, considera criticable que el legislador no haya excluido expresamente ambas figuras, pues no se puede admitir que “mencione unos determinados requisitos en el tipo privilegiado y que lo que haya de deducirse de ello es que las conductas que no los satisfagan dejan incluso de estar tipificadas”¹⁰⁸. Así, valora que la técnica normativa empleada es deficiente y que hay que ser cautos en relación con las mismas, ya que si bien una sedación terminal es un supuesto típico de eutanasia activa indirecta, sin petición expresa, seria e inequívoca del sujeto pasivo, ni el enfermo sería un suicida al

108 TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho Penal*. Boletín Oficial del Estado y Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 1999, pág. 471.

no concurrir la voluntad de morir, ni se cumplirían los requisitos del tipo penal privilegiado (distinto es el caso en el que el enfermo solicita -cumpliendo las condiciones- que se le administren sustancias paliativas para cesar en su agonía, que como efecto colateral acortan su vida y en última instancia fallece, pues incluso constituye una buena práctica médica).

Siguiendo esta línea, el tipo penal se extiende a dos supuestos. En primer lugar, la *causación* de la muerte de otra persona. Incluiría el homicidio a petición (en las condiciones que más adelante analizaremos, casos de eutanasia activa directa) y la cooperación ejecutiva en el suicidio -como algo distinto al homicidio consentido- cuando se realice a petición de la víctima y con los mismos requisitos del art. 143.4 CP. La pena prevista es la inferior en uno (prisión de 3 a 6 años) o dos (prisión de un año y medio a 3 años) grados a la señalada en el art. 143.3 CP. No se determinan los criterios para establecer el quantum de la rebaja, pero tendrá importantes repercusiones ya que cuando la pena resulte inferior a dos años podrá plantearse la suspensión de su ejecución (art. 80.1 CP¹⁰⁹).

En segundo lugar, hace alusión a la *cooperación necesaria* a petición. A pesar de que no se aclara si se refiere a la cooperación necesaria en el suicidio a petición del suicida o a la cooperación necesaria con quien realiza la eutanasia activa, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO y BARBER BURUSCO estiman que aunque la remisión al art. 143.2 CP al fijar la pena parece apuntar más a la primera situación, también deben considerarse comprendidos los otros casos dado el carácter amplio de la redacción legal¹¹⁰. De no ser así, quien cooperare con actos sin los cuales no se habría efectuado la eutanasia activa directa sería castigado en virtud del art. 28.b) CP con la misma pena que la de quien lleva a cabo esta (esto es, la inferior en uno o dos grados a la del art. 143.3 CP), en vez de con la inferior en uno o dos grados a la del art. 143.2 CP que resulta ser más beneficiosa. Así, en estos supuestos la pena correspondiente es la de prisión de 1 a 2 años, o de 6 meses a 1 año, según se imponga la inferior en uno o dos

109 Art. 80.1 CP: “Los jueces o tribunales, mediante resolución motivada, podrán dejar en suspenso la ejecución de las penas privativas de libertad no superiores a dos años cuando sea razonable esperar que la ejecución de la pena no sea necesaria para evitar la comisión futura por el penado de nuevos delitos.

Para adoptar esta resolución el juez o tribunal valorará las circunstancias del delito cometido, las circunstancias personales del penado, sus antecedentes, su conducta posterior al hecho, en particular su esfuerzo para reparar el daño causado, sus circunstancias familiares y sociales, y los efectos que quepa esperar de la propia suspensión de la ejecución y del cumplimiento de las medidas que fueren impuestas”.

110 DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, vol. 8, núm. 79, 2012, pág. 140.

grados a la del art. 143.2 CP, respectivamente. Tampoco se establecen criterios para determinar la rebaja, y de igual forma habrá que atender a la posibilidad de suspensión de la ejecución de la pena cuando esta sea inferior a dos años.

V.3. Requisitos del tipo penal

Una vez analizadas las conductas tipificadas, resulta pertinente comentar cuatro extremos en relación con los actos, la situación del sujeto pasivo y la petición.

V.3.1. Actos necesarios

Los actos, por un lado, deben ser *necesarios*. Entonces la complicidad -cooperación no necesaria- a petición en un suicidio es atípica, se den el resto de condiciones o no. Podría cuestionarse si la atipicidad se extiende al cómplice de quien practica como autor una eutanasia activa directa (a petición y cumpliendo con todos los requisitos exigidos), a lo que una interpretación teleológica del precepto inclina a responder afirmativamente.

La que ni deviene atípica ni goza de la atenuación propia de este apartado es la inducción al suicidio de una persona que se encuentre en la situación de enfermedad y padecimiento requerida. Se castiga por el art. 143.1 CP en la medida en que la inducción es incompatible con la petición del individuo que quiere acabar con su vida. No obstante, distinta es la situación del que induce a otro a que efectúe la eutanasia. A modo de ejemplo, encajarían supuestos en los que un individuo en la situación de enfermedad grave que condujera necesariamente a su muerte o que le produjera graves padecimientos difíciles de soportar, pide expresa, seria e inequívocamente a un amigo que le quite la vida o consiga que alguien lo haga, y este acude a un médico que conoce para pedirle que practique la eutanasia -quien finalmente lo lleva a cabo-. Al inductor se le impondrá el mismo castigo que al autor, es decir, el del tipo privilegiado (art. 143.4 CP), en concreto la pena inferior en uno o dos grados a la del art. 143.3 CP.

Se debe en definitiva a que el inductor no ha hecho surgir en el enfermo la idea de morir. Incluso podría llegar a defenderse el planteamiento de que ha actuado como cooperador necesario en la muerte, lo que implicaría que se le castigara con la pena

inferior en uno o dos grados a la del art. 143.2 CP¹¹¹. En todo caso, esa sería la pena correspondiente al inductor de un cooperador necesario en un suicidio que cumpliera los requisitos del apartado cuarto de este precepto.

V.3.2. Actos directos

Por otro lado, tal y como hemos anticipado, los actos deben ser *directos*, por lo que únicamente es considerada delito la eutanasia activa directa (por ejemplo, la inyección letal, inhalaciones gaseosas o dosis letales). Así, quedan fuera del Derecho penal los casos de eutanasia activa indirecta y de eutanasia pasiva. En cuanto a los primeros, el legislador español opta por la no penalización de estos supuestos debido fundamentalmente a que en la colisión del deber de alargar la vida y la obligación de atenuar el sufrimiento, considera que el primero debe ceder ante el segundo. Así, el médico debe tratar de evitar padecimientos innecesarios en un proceso irreversible de muerte, colaborando a que sea lo más digno posible, lo cual obviamente no se logra cuando se le niegan sedantes a una persona que los solicita; incluso se estaría dando un trato inhumano y degradante, prohibido por el art. 15 de la CE. En este contexto, fue muy mediático el caso de Andrea¹¹².

En relación con la eutanasia pasiva, el fundamento de su exclusión reside en el principio de autonomía del paciente, por el cual este tiene derecho a rechazar tratamientos médicos que invadan su integridad corporal. Supone el respeto de la voluntad del paciente y en sí constituye la base de la actuación médica. De esta forma, la expresión de voluntad en dicho sentido eliminaría la posición de garante del médico así como su responsabilidad penal. El caso de Inmaculada Echevarría fue muy polémico a este respecto¹¹³.

111 DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, vol. 8, núm. 79, 2012, págs. 141-142.

112 Caso de *Andrea*: niña gallega de 12 años afectada por una enfermedad rara neurodegenerativa. Tenía que ser alimentada por una sonda y sufría graves padecimientos, tal y como relataba el informe del médico forense que encargó el magistrado sobre su estado: “el tratamiento pautado inicialmente (nutrición e hidratación artificial por medio de sonda PEG) era paliativo y podía calificarse como extraordinario y desproporcionado a las perspectivas de mejoría de la paciente y el mismo producía dolor y/o sufrimientos desmesurados”. Finalmente se acordó que se le retirara la alimentación y que se mantuviera la hidratación necesaria para permitir su sedación, falleciendo en octubre de 2015.

113 Caso de *Inmaculada Echevarría*: mujer aquejada desde los once años de una enfermedad degenerativa (distrofia muscular progresiva). El 18 de octubre de 2006, a la edad de 51 años, declaraba públicamente en el hospital de Granada donde vivía desde hacía nueve años conectada a un ventilador mecánico: “mi vida no tiene más sentido que el dolor, la angustia de ver que amanece un nuevo día para sufrir, esperar que alguien escuche, entienda y acabe con mi agonía”; “lo único que pido es la eutanasia;

V.3.3. Situación del sujeto

En otro orden de cosas, para la aplicación del tipo también hay que cumplir con determinadas exigencias en cuanto a la situación del sujeto pasivo. El art. 143.4 CP deja abiertas dos posibilidades distintas. Por un lado, la existencia de una *enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte*. Entonces, no solo se incluyen casos de enfermos en estado terminal, sino que basta con que la enfermedad grave en cuestión conduzca necesariamente a la muerte. Esto entraña un amplio margen de apreciación del juez, que necesitará de informes periciales realizados por los profesionales de la medicina. Asimismo, debe tenerse en cuenta que muchas enfermedades graves no implican en todo caso un desenlace fatal, y habrá que estar al estadio en el que se encuentren, también a las diferentes variables de influencia así como al inicio de alguna terapia. En este tipo de enfermedades habrá de exigirse que la petición se realice en un momento en el que las medidas terapéuticas solo logren retrasar el resultado que ya es inevitable.

Por otro lado, el precepto también hace referencia a aquella enfermedad que *produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar*. Debe entenderse enfermedad como cualquier disminución grave de la salud, no únicamente aquella derivada de una patología. En este sentido, se incorporan supuestos derivados de un traumatismo, como la paraplejia o tetraplejia, así como los padecimientos de naturaleza psicológica (que pueden derivarse de esos mismos casos, tal y como ocurre cuando una persona por un accidente estará inmovilizada de por vida). Son más dudosos casos en los que a pesar de la disminución de la calidad de vida del enfermo, no es consciente de la situación (enfermos de Alzheimer); esto se debe a que el precepto hace referencia expresamente a que la víctima es quien ha de soportar los padecimientos, y en los estadios iniciales de este tipo de enfermedades es más la familia la que resulta afectada, y en cualquier caso, existiría el problema de la exigencia de una petición seria de muerte.

no es justo vivir así”. Días después ella comunicó al hospital San Rafael de Granada su rechazo a la respiración artificial, tratamiento que la mantenía con vida. Esta solicitud fue enviada a la Junta de Andalucía que, tras obtener un dictamen ético y jurídico, acordó que la paciente tenía pleno derecho a rechazar el tratamiento, debiendo ser sedada previamente para evitar su sufrimiento en la agonía.

Algunos autores se muestran críticos con la indeterminación de los conceptos de gravedad de la enfermedad y padecimientos permanentes y difíciles de soportar¹¹⁴. Por tanto, como ya se ha avanzado, habrá que atender a estándares y dictámenes médicos al respecto, pero sin olvidar que el dolor y la capacidad de soportarlo son cuantificables mayormente de forma subjetiva, lo cual puede entenderse que acarrea cierta inseguridad jurídica¹¹⁵.

V.3.4. Petición expresa, seria e inequívoca de querer morir

Por último, la petición debe ser expresa, seria e inequívoca. Analizándolo por partes, el precepto alude expresamente a una *petición*, que no debe identificarse con mero consentimiento o anuencia. Se trata de que no haya dudas acerca de la verdadera intención del afectado; por ello, quedan fuera los casos en que las expresiones admitan una interpretación distinta que el deseo de la propia muerte¹¹⁶. Del mismo modo, debemos apuntar que dicha petición debe ser realizada por el propio enfermo. No cabe la petición por representación, según aclara expresamente el precepto (“de este” -el enfermo-). Entonces, en menores de edad, enfermos mentales o personas que por algún motivo no tengan capacidad natural de juicio, no tendrá validez la petición sustitutoria de sus representantes legales¹¹⁷.

La primera característica fijada por el precepto es que debe ser *expresa*. Se permite que sea por escrito o de forma oral, aunque por seguridad jurídica es más aconsejable la primera opción. A efectos probatorios se admiten también testificales,

114 Entre otros, RODRÍGUEZ MOUROLLO, G. (Dir.) - JORGE BARREIRO, A. (Coord.). *Comentarios al Código penal*. Civitas, Madrid, 1997, pág. 418. Por el contrario, Barquín Sanz, J. “La eutanasia como forma de intervención en la muerte de otro”, en ROXIN, C. *et al.*, *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Comares, Granada, 2001, págs. 178 y ss., defiende que es un acierto, en la medida en que existen muy variados supuestos en los que el sufrimiento de una persona impedida puede resultar insoportable para ella misma, lo cual es incompatible con el empleo de una fórmula cerrada.

115 DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, vol. 8, núm. 79, 2012, pág. 139.

116 Precisamente, en el caso *Debbie* (“*It’s over, Debbie!*”) de finales de los 80 en Estados Unidos, un médico residente en una guardia ve cómo una joven que sufría de cáncer de ovarios y no respondía al tratamiento de quimioterapia se encontraba sumida en su enfermedad. Tal y como él mismo relataba, tenía los ojos huecos y retracciones intercostales, además de que no había comido ni dormido en dos días. Le administró una dosis mortal de sulfato de morfina después de un cruce de miradas pretendidamente significativas y la expresión de la enferma de “vamos a acabar con esto” (admite varias interpretaciones).

117 En este sentido, Díez Ripollés, J.L. “Art. 143”, en Díez Ripollés, J.L. - GRACIA MARTÍN, L. (Coords.), LAURENZO COPELLO, P. *Comentarios al Código Penal. I. Tirant Lo Blanch*, Valencia, 1997, pág. 246; o ROMEO CASABONA, C.M. *Los delitos contra la vida y la integridad personal y los relativos a la manipulación genética*. Comares, Granada, 2004, págs. 132-133. A favor de la petición por representación en dichos casos, MUÑAGORRI LAGUÍA, I. *Eutanasia y Derecho Penal*. Centro de Estudios Judiciales-Ministerio de Justicia e Interior, Madrid, 1994, pág. 87.

informes, cintas magnetofónicas o de vídeo¹¹⁸. En cualquier caso, se rechaza la voluntad tácita. La exigencia de una petición expresa acarrea dos problemas: la actualidad de la voluntad y aquellos casos en los que los sujetos no pueden manifestarla (y no existe un documento en este sentido).

En relación con la actualidad de la voluntad, se discute la posibilidad de otorgar validez a los testamentos vitales (también conocidos como documentos de voluntades anticipadas o de instrucciones previas), que son “documentos firmados por el paciente con anterioridad al momento en que este padece una enfermedad y, por lo tanto, mientras todavía está consciente, a través de los cuales el mismo rechaza la iniciación o el mantenimiento de un tratamiento vital”¹¹⁹. En la eutanasia activa directa el legislador no impide, en principio, la posibilidad de su aplicación, pues tal y como queda configurado el tipo penal, se requiere únicamente que la petición sea seria, expresa e inequívoca, y en ningún momento establece que tenga que ser actual. Para su validez, la situación real tendrá que coincidir con la que supuso que se daría en el testamento vital. En caso contrario, de no aceptar las voluntades anticipadas se estaría poniendo trabas a quien desea dejar constancia de su firme convencimiento y petición de que se le mate en el supuesto, por ejemplo, de que padeciera una enfermedad degenerativa grave que le impidiera solicitar la terminación de la vida en un momento posterior por carecer de las facultades necesarias para ello. En este sentido se pronuncia ROMEO MALANDA, sosteniendo que los documentos de instrucciones previas no solo se deben aplicar a los supuestos de inconsciencia del enfermo, sino también a todos los demás casos en los que no le sea posible expresar una voluntad libre¹²⁰. A mayor abundamiento, se permite que el otorgante del documento pueda designar por escrito a un representante para que llegado el caso, sirva como interlocutor con el médico o el equipo sanitario para que cumplan las instrucciones previas, que podrán ser revocadas en cualquier momento por el sujeto otorgante, siempre y cuando se realice por escrito.

El conflicto relativo a estos documentos surge en dos dimensiones, una temporal y otra situacional. Temporal debido a que se constituye en un momento previo, con

118 Precisamente, en el caso de *Ramón Sampedro*, se grabó el proceso de ingestión de veneno, cinta en la que previamente había dejado constancia durante varios años de su voluntad de acabar con su existencia.

119 MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, pág. 324. Los requisitos para la validez del testamento vital vienen recogidos por MUÑAGORRI LAGUÍA, I. *Eutanasia y Derecho Penal*. Centro de Estudios Judiciales-Ministerio de Justicia e Interior, Madrid, 1994, págs. 85-87.

120 ROMEO MALANDA, S. “Un nuevo marco jurídico-sanitario: la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre derechos de los pacientes”, en *La Ley*, núm. 1, 2003, pág. 1.524.

anterioridad a la situación en la cual el sujeto prefiere morir que vivir; y situacional porque se presta en circunstancias distintas a las que se encuentra el sujeto y no se puede garantizar con certeza si dicha intención sigue vigente. Imaginemos casos en los que se deja constancia en el testamento vital de la petición de que en caso de sufrir una determinada enfermedad neurológica terminal (que le generará pérdida del habla y del movimiento paulatinamente) se acabe con su vida; llegada esta situación, se inicia el proceso para poner fin a la misma, pero una vez se empieza, el suicida cambia su voluntad y pretende dar marcha atrás, con el inconveniente de que la víctima ya no tiene el dominio del hecho y se estaría en una situación en la que la libertad del suicidio ya no podría ser afirmada. Así, habría un problema entre la voluntad otorgada previamente, que habilitaría a la aplicación del tipo privilegiado, y su posible alteración posterior. En este sentido, ante la existencia de indicios fundados que apunten a que la voluntad del sujeto no coincidiría con la expresada anteriormente en el testamento vital, la solución pasaría por la valoración concreta del juez.

El segundo supuesto problemático en relación con la petición lo constituyen los casos en los que esta no puede manifestarse en modo alguno, ni consta documento que recoja la voluntad de terminar con su vida, como por ejemplo cuando el paciente está inconsciente. Pues bien, se debe buscar el equilibrio entre las partes del conflicto, esto es, paciente o enfermo terminal, familiares y comité de expertos¹²¹. En caso de discrepancia entre lo que consideran estos últimos y la familia, se debe acudir de nuevo a la decisión judicial.

Se trata de equilibrar los principios de autonomía, beneficencia y justicia, tres pilares básicos en la práctica médica. ROMEO CASABONA viene a definir el *principio de autonomía* como el reconocimiento de la libre decisión individual sobre sus propios intereses siempre que no afecte a los intereses de un tercero, o en el respeto a la posibilidad de adopción por los sujetos de decisiones racionales no constreñidas¹²². En el ámbito médico, impone el deber del facultativo de respetar y facilitar la autodeterminación del paciente en la toma de las decisiones que le afecten directamente. El *principio de beneficencia* equivale a la “actuación de terceros en el mejor interés del

121 Grupo integrado por personas cualificadas y sometidas a control que trabajan bajo determinados criterios y directrices, analizando la situación y recabando la opinión de la familia.

122 ROMEO CASABONA, C.M. *El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana*. Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 1994, pág. 42.

afectado”¹²³. Implica la búsqueda del bien del paciente, según sea entendido por el propio sujeto que actúa (lo cual generaría un conflicto en los casos de eutanasia, en los que el deseo del enfermo, que es la muerte, no será entendido como un bien para él por el tercero). Por último, el *principio de justicia* trata de introducir los valores e intereses buscados por la sociedad, así como distribuir de forma equitativa los recursos sanitarios entre los ciudadanos, con el objetivo de que no haya discriminación de ningún tipo. La dirección del hospital, los gestores del seguro de la enfermedad y el propio juez serán los que tendrán que esforzarse en salvaguardar el mismo. Por tanto, habrá que combinar y equilibrar los tres pilares para lograr llegar a una decisión racional.

En supuestos en que habiendo sido previamente informado, no se hubiera pronunciado rechazando el tratamiento o intervención -y después deviniera su inconsciencia-, o cuando directamente el sujeto ingresa en un centro hospitalario inconsciente, sin que dispongan de elementos probatorios que permitan concluir que de no estar sin conocimiento habría rechazado la intervención, parece ser que habría que aplicar el principio *indubio pro vita*¹²⁴. Incluso cuando sean los propios familiares quienes aleguen la existencia de una presunta voluntad de morir, excluyendo determinados casos por motivos de racionalidad objetiva, algunos autores sostienen que el “consentimiento presunto por representación” no tiene cabida¹²⁵. El médico debería intervenir porque de no hacerlo podría convertirse en responsable de un delito de homicidio en comisión por omisión, ya que al asumir su posición de garante tendría obligación de actuar para proteger un bien jurídico vulnerable¹²⁶.

Asimismo, el art. 9.2 LAP¹²⁷ y siguientes recogen casos en los que se actúa incluso sin recabar el consentimiento informado del enfermo (a grandes rasgos, cuando hay riesgo para la salud pública o peligro inmediato grave del enfermo) y en los que se otorgará el consentimiento por representación¹²⁸. A mayor abundamiento, existe la

123 MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, pág. 4.

124 MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, págs. 52 y ss.

125 Citando a Roxin, CHANG KCOMT, R.A. “¿Existe el consentimiento presunto?: La voluntad presunta como causa de justificación”, en *Revista Ius Et Veritas*, núm. 54, 2017, págs. 260-270.

126 NÚÑEZ PAZ, M.A. *Interrupción voluntaria de la vida humana*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2016, pág. 277.

127 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

128 En este sentido, hay que tener en cuenta la modificación de la institución del consentimiento por representación realizada por la Disposición Final Segunda de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de

figura del consentimiento presunto, que concurre cuando “quepa suponer que el portador del bien jurídico protegido habría prestado su consentimiento si hubiera tenido conocimiento de la lesión o puesta en peligro del bien jurídico”¹²⁹.

En segundo lugar, la petición debe ser *seria*, esto es, una solicitud reflexionada, firme, definitiva, que no esté sujeta a estados de ánimo. Puede entenderse en este sentido cuando una persona lo manifieste en repetidas ocasiones en diferentes momentos, debiendo descartarse cuando sea formulada de modo impulsivo de forma aislada. Para que se cumpla este requisito, es necesario además que el sujeto se encuentre debidamente informado de la gravedad de su enfermedad y de su pronóstico (desempeñando el consentimiento informado un papel esencial, como comentaremos en las próximas líneas). De esta manera, cuando se realice la solicitud motivada por situaciones que no son verdaderas, o cuando medie cualquier vicio del consentimiento (engaño, violencia, intimidación) no podría entenderse que se da una petición en el sentido del precepto penal.

Por último, la petición debe caracterizarse por ser *inequívoca*. Su manifestación tiene que realizarse mediante términos claros, precisos, sin ambigüedades, que no den lugar a varias interpretaciones, ni quepan dudas razonables sobre el sentido de la voluntad del sujeto pasivo.

Como anticipamos, en este contexto de petición expresa, seria e inequívoca adquiere relevancia el consentimiento informado. Se recoge en la LAP, la cual en su art. 2 establece una serie de principios básicos generales. Entre ellos, cabe destacar la constatación de que la base de toda actuación en el ámbito de la sanidad se deriva del consentimiento previo de los pacientes o usuarios, el cual habrá de obtenerse tras recibir información adecuada y deberá reflejarse por escrito en los supuestos previstos en la Ley¹³⁰. Ello implica que el facultativo tiene la obligación de transmitir al enfermo la información necesaria acerca del tratamiento (elemento informativo), y la necesidad de que este lo comprenda y consienta válidamente a su sometimiento al mismo (elemento del consentimiento).

modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Habrá supuestos en los que se tendrá que acudir al consentimiento por representación en mayores de 16 y menores de 18 años.

129 Conceptuado por Cerezo Mir, quien es citado por DÍAZ ARANDA, E. *Dogmática del Suicidio y Homicidio Consentido*. Servicio Publicaciones Facultad Derecho, Universidad Complutense Madrid: Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid, 1995, pág. 200.

130 Art. 2.2 LAP: “Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley”.

En cuanto a la información que debe proporcionarse, MENDES DE CARVALHO aboga por un modelo subjetivo en función de las circunstancias concretas del caso, esto es, dependiendo de las necesidades específicas de información de cada persona en particular y del tratamiento en cuestión¹³¹, que entiende se deriva del texto del art. 4.2 LAP¹³². Con la conjunción de ambas figuras se logra el respeto del citado principio de autonomía del paciente, ya que se consigue que el individuo delibere sobre sus objetivos vitales y se respete en todo caso su dignidad.

No obstante, debemos apuntar que si bien el paciente goza de un derecho de información, este es limitado en determinadas circunstancias. Generalmente, son supuestos en los que una información excesiva podría alterar el proceso de curación del enfermo con consecuencias irreparables en el éxito del tratamiento. Esta práctica recibe el nombre de “privilegio terapéutico” y es una manifestación del paternalismo médico, pues ante la colisión de los deberes de información del facultativo (y de respetar la autonomía del paciente) y el propósito benéfico (de que no afecte negativamente al estado psíquico del enfermo), se ensalza este último. Dicha falta de información es suplida al ser comunicada a sus familiares y/o representantes legales (art. 5.4 LAP¹³³).

Asimismo, debe precisarse que el derecho a recibir información es precisamente eso, un derecho, y no una obligación, de tal manera que se reconoce un derecho del paciente a “no saber”, que estará acotado por “el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso” (art. 9.1 LAP).

En cualquier caso, debe ponerse de manifiesto que el paciente puede negarse al tratamiento o a la intervención en virtud del derecho a rechazar intervenciones médicas, de lo cual dejará constancia por escrito, excepto en casos puntuales que vienen recogidos en la Ley (art. 2.4 LAP¹³⁴). Así, el profesional que intervenga en la actividad de asistencia está obligado, además de a la correcta prestación de sus técnicas, al

131 MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, págs. 46-47.

132 Art. 4.2 LAP: “La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”.

133 Art. 5.4 LAP: “El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave”.

134 Art. 2.4 LAP: “Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito”.

cumplimiento de los deberes de información y documentación clínica y al respeto de la voluntad del paciente.

La interrupción de un tratamiento salvador de la vida del paciente constituye precisamente una modalidad de eutanasia pasiva, y en consecuencia a todo lo comentado, la desconexión tras solicitud expresa de una persona consciente pero incapaz de mantener por sí misma sus constantes vitales no se castiga, al ser precisamente una interrupción consentida. Igualmente son atípicas las interrupciones en las que las medidas terapéuticas han fracasado y el enfermo se encuentra en un estado vegetativo claramente irreversible. Asimismo, quedan impunes las interrupciones fundamentadas en manifestaciones expresas de la voluntad del paciente inconsciente efectuadas con anterioridad, si bien ello es objeto de controversia doctrinal, como ya hemos comentado, debido a la exigencia o no de actualidad de la voluntad.

Por último, se debe apuntar que a pesar de que el art. 11.3 LAP¹³⁵ sostiene la inaplicación de las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, ello no se opone a la atenuación de la pena que recoge el art. 143.4 CP en relación con la eutanasia activa directa. Y en el caso de que el paciente empleara el testamento vital para dejar constancia de su posible futura petición de que se le aplique la eutanasia activa indirecta, por ejemplo, mediante el suministro de altas dosis de analgésicos para mitigar el dolor, solo sería válida dicha disposición en la medida en que fuera compatible con las reglas que rigen la buena praxis médica¹³⁶.

En resumen, en relación con la petición el art. 143.4 CP solo resulta aplicable si esta es expresa, seria e inequívoca por parte de quien solicita su muerte -en los términos expuestos-. Huelga decir que la necesidad de que haya petición es consistente con la exclusión de los casos de inducción. Y hay que puntualizar que si bien la LAP admite el consentimiento -informado- por representación, no se admite el extremo contrario, es decir, supuestos en los que familiares o representantes de la persona afectada por la grave enfermedad, que no está en condiciones de realizar la petición, sean quienes

135 Art. 11.3 LAP: “No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones”.

136 SILVA SÁNCHEZ, J.M. “Los documentos de instrucciones previas de los pacientes (artículo 11.1 Ley 41/2002) en el contexto del debate sobre la (in)disponibilidad de la vida”, en *La Ley*, núm. 4, 2003, págs. 1.663-1.671.

realicen la misma. Encajarían supuestos de personas incapaces o pacientes comatosos; en estos últimos, puede resultar verdaderamente útil el testamento vital.

Existe cierta polémica en relación con la aplicación del estado de necesidad como causa de justificación, pues si bien algunos autores consideran que en determinados casos cabría apreciarla por la vía de la colisión de deberes (deber de respetar la vida v. deber de eliminar el sufrimiento) o por la de ponderación de intereses (muerte v. sufrimiento)¹³⁷, al haber adoptado el legislador una mera atenuación de la pena a través del art. 143.4 CP, la posibilidad de despenalización total queda rechazada. A mayor abundamiento, no se cumple el primer requisito del art. 20.5.º CP -que “el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar”- al ser la muerte un mal mayor por acabar definitivamente con la existencia de la persona. Por otro lado, la aplicación del art. 143.4 CP no excluye la atenuación en virtud de los móviles que guían al sujeto¹³⁸, así como la aplicación de la circunstancia atenuante (mixta) de parentesco.

Por tanto, tal y como comentan DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO y SOLEDAD BARBER, el precepto se caracteriza por una escasa claridad, que da lugar a la existencia de abundante jurisprudencia de casos mediáticos como el de Rodríguez Núñez¹³⁹ o Ramón Sampedro¹⁴⁰.

V.4. Una visión de la regulación de la eutanasia desde el Derecho Comparado

Actualmente son varios los países en los que la eutanasia está permitida. *Holanda* fue el primero en legalizarla, concretamente en el año 2002. Con anterioridad, el CP holandés castigaba tanto la eutanasia como el suicidio asistido, pues el art. 293

137 Entre otros, MUÑOZ CONDE, F. *Derecho Penal Parte Especial. 21ª edición, revisada y puesta al día con la colaboración de Carmen López Peregrín*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2017, pág. 71.

138 A pesar de ser una cuestión discutida con la nueva regulación, en la medida en que el actual CP ya no recoge la atenuante de obrar por motivos morales, altruistas o patrióticos de notoria importancia, podría justificarse la atenuación de acuerdo al art. 21.7.º (“Cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores”), argumentando que la actuación por motivos altruistas y pasionales podría encajar de forma análoga en el art. 21.3.º (“La de obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebato, obcecación u otro estado pasional de entidad semejante”).

139 Caso de *Mercedes Rodríguez Núñez*: (14 de enero de 1987) niña bilbaína que muere a consecuencia de complicaciones derivadas de una neumonía. Desahuciada por los médicos desde que nació, los padres habían solicitado en numerosas ocasiones que se le practicara la eutanasia, pero fueron sin éxito.

140 Caso de *Ramón Sampedro*: (12 de enero de 1998) tetraplégico que pone fin a su vida tras 29 años de enfermedad, ingiriendo un preparado de cianuro que le habían preparado. Desde 1993 luchaba legalmente por que se le aplicara la eutanasia e incluso grabó su propia muerte para que las personas que le ayudaron en los preparativos no resultaran penalizadas.

sancionaba a todo aquel que “pone fin a la vida del otro mediante petición insistente, expresa y seria de este” y el art. 294 castigaba a quien “intencionalmente incita a otro a suicidarse, presta auxilio al suicidio, o pone a disposición de la otra persona los medios para suicidarse”¹⁴¹. No obstante, los tribunales fueron moldeando sus soluciones y creando una línea jurisprudencial tendente a absolver los casos de eutanasia amparados por el estado de necesidad, hasta que el 1 de abril de 2002 entró en vigor la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio (aprobada en 2001), que establecía los requisitos que hacen impune la eutanasia y modificaba el CP y la Ley reguladora de los Funerales.

La polémica sobre la posible regulación de la eutanasia ya había comenzado con la resolución del Tribunal de Leeuwarden en 1973¹⁴², en la que se condenó al acusado que había practicado una conducta de eutanasia activa directa. El Tribunal estableció que un acto de eutanasia sería admisible si el paciente fuera un enfermo incurable, si soportaba un sufrimiento físico o psíquico insoportable, si hubiera comunicado por escrito -de ser posible- su voluntad de morir, que la muerte fuera inminente y que la acción fuera realizada por un médico especialista o por otro que hubiera consultado con este. Así, en los siguientes años se fue extendiendo esta práctica en los términos previstos por el tribunal y las resoluciones de los órganos jurisdiccionales fueron asentando la impunidad de estas prácticas, así como delimitando de forma más contundente sus requisitos, exigiendo una petición previa, persistente y expresa por un paciente con capacidad de decidir; un sufrimiento intratable e inaguantable; e imposibilidad de mejora.

Entonces, la reforma de los preceptos en el CP de 2002 no cambiaba el panorama en la práctica, porque las conductas eutanásicas seguían siendo ejecutadas, pero lo que se buscaba era una mayor publicidad de estos actos, que la práctica fuera más abierta (pues cuando son privadas se cometen mayores abusos) y que consecuentemente los médicos lo informaran sin temor a posibles repercusiones penales.

141 NÚÑEZ PAZ, M.A. *La buena muerte. El derecho a morir con dignidad*. Tecnos, Madrid, 2006, pág. 185.

142 El acusado era un médico que suministró una inyección letal a su madre de 78 años, enferma gravemente y que había rogado en varias ocasiones insistentemente que pusiera fin a su vida. Se le condenó a un año de prisión con remisión condicional.

La nueva redacción dada a los arts. 293 y 294 CP¹⁴³ remitía al art. 2 de la mencionada Ley de eutanasia, que fija los requisitos que han de cumplirse. Se exige que el médico que la practica haya llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria, está bien meditada y expresa los deseos del enfermo (en otras palabras, que es plenamente capaz y se ha reiterado en su voluntad). Se admite la manifestación por medio de un documento de voluntades anticipadas. Asimismo, debe verificarse que su padecimiento es insoportable y sin esperanzas de mejora. Se ha tenido que informar al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro, y se ha tenido que evidenciar que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra. A mayor abundamiento, se exige que lo consulte, por lo menos, con un médico independiente que haya visto al paciente y que haya emitido su dictamen por escrito corroborando el cumplimiento de los requisitos de cuidado anteriores (en caso de sufrimiento psicológico, se tienen que consultar dos médicos). Por último, debe llevar a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posibles.

Esta posibilidad de solicitar la muerte también se extiende a los menores desde los dieciséis años. Llegado el momento en que este no estuviera en condiciones de expresar su voluntad (por ejemplo, por pasar a encontrarse en un estado de incapacidad), pero hubiera redactado una declaración por escrito -en un momento anterior en el que hubiera podido llevar a cabo una valoración razonable de sus intereses- que contuviera una petición de acabar con su vida para dicha situación, el médico podrá atender la petición de muerte (art. 2.2 Ley holandesa de eutanasia). Asimismo, entre los dieciséis y los dieciocho años, si el individuo está en “condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en el asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida (...) después de que los padres o el padre o la madre

143 Art. 293 CP holandés: “1. El que quitare la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta. 2. *El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2 de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y se lo haya comunicado al forense municipal conforme al artículo 7, párrafo segundo de la Ley Reguladora de los Funerales*”.

Art. 294 CP holandés: “1. El que de forma intencionada indujere a otro para que se suicide será, en caso de que el suicidio se produzca, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta. 2. El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese fin, será, en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta. *Se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo*”.

que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, haya(n) participado en la toma de la decisión” (art. 2.3). Entre los 12 y los 16 años, aun cuando pueden solicitarla y ser oídos, es necesario el consentimiento de los padres (art. 2.4). Por otro lado, se debe cumplir con la comunicación al forense de acuerdo al párrafo segundo del art. 7 de la Ley reguladora de los funerales¹⁴⁴.

Así, en 2015 en Holanda, el 3,9% de las defunciones que hubo correspondieron a solicitantes de eutanasia (equivale a 5.516 ciudadanos). En 2017, además de a los supuestos de enfermos terminales o pacientes con dolencias dolorosas e incurables, el Gobierno liberal planteó extender el permiso a personas de avanzada edad que expresen de manera voluntaria, reflexiva y persistente que desean morir (por tanto, sin necesidad de padecimiento de ninguna patología grave)¹⁴⁵.

Casi a la par que Holanda, fue *Bélgica* quien legalizó esta conducta en ese mismo año, al aprobar una ley de despenalización de la eutanasia (Ley de 28 de mayo de 2002, *relative à l'euthanasie*). Fue acogido de manera favorable por gran parte de la población (más del 70%)¹⁴⁶, ya que era una práctica que de forma clandestina se estaba llevando a cabo, y de esta manera se lograba un proceso con mayores garantías, control y seguridad. Fue una regulación algo menos permisiva que la del país anterior, exigiendo mayores requisitos. Entre esos, se encuentran que el paciente sea mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente de su petición, que la misma sea voluntaria, reflexionada y reiterada sin presiones exteriores, pudiendo constar en un testamento vital de vigencia inferior a cinco años, y que haya padecimiento físico o psíquico constante e insuperable originado por una condición patológica grave e incurable¹⁴⁷. Además, si el paciente no es terminal, el médico debe consultar a un tercer especialista

144 Art. 7.2 Ley holandesa reguladora de los funerales: “En el caso de que el fallecimiento se haya producido como consecuencia de la aplicación de técnicas destinadas a la terminación de la vida a petición propia o al auxilio al suicidio, a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo y el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal, el médico que trata el paciente no expedirá ningún certificado de defunción e informará inmediatamente, mediante la cumplimentación de un formulario, al forense municipal o a uno de los forenses municipales, de las causas de dicho fallecimiento. Además del formulario, el médico enviará un informe motivado sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 2 de la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio”.

145 Noticia en *El Periódico*, de 19/02/2017, “La eutanasia, legal en cinco países”:

<http://www.elperiodico.com/es/mas-periodico/20170219/legal-en-cinco-paises-5844527>

146 NÚÑEZ PAZ, M.A. *La buena muerte. El derecho a morir con dignidad*. Tecnos, Madrid, 2006, pág. 189.

147 Requisitos recogidos por VALADÉS RÍOS, D. “Eutanasia, régimen jurídico de la autonomía vital”, en *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, 1980, págs. 91 y ss. (art. 3 de la Ley belga).

independiente¹⁴⁸. Asimismo, se establecen una serie de deberes del médico para garantizar una correcta práctica médica, como por ejemplo que medie un plazo de un mes entre la petición y realización de la eutanasia o que se informe al paciente de la existencia de cuidados paliativos.

Para regular y supervisar la aplicación de la Ley, se prevé una Comisión Federal de Control y de Evaluación, integrada por 16 miembros, ocho de los cuales son doctores en medicina, cuatro profesores universitarios de Derecho y cuatro personas que provienen del entorno de pacientes que sufren enfermedades incurables (arts. 5 y 6 Ley belga). Asimismo, paralelamente a la aprobación de esta normativa, se introdujo la legislación sobre cuidados paliativos, que recoge el derecho de acceso de todos los ciudadanos a este tipo de asistencia en condiciones adecuadas.

Cabe apuntar que el 13 de febrero de 2014 tuvo lugar una remoción de la restricción de edad para la práctica de la eutanasia. Como hemos adelantado, antes de esta reforma, la legislación de la eutanasia era aplicable a mayores de edad y a adolescentes mayores de 15 años que estuvieran legalmente emancipados por decreto legal; con la nueva regulación, tal y como explican PARREIRAS REIS DE CASTRO *et al.*, los niños de cualquier edad pueden solicitar la práctica de la eutanasia siempre que sean capaces de entender las consecuencias de sus decisiones, lo cual vendrá certificado por un psicólogo o psiquiatra infantil. La decisión del niño debe ser apoyada por sus padres o representantes legales, que gozan de derecho de veto. En realidad, a pesar de que no se impone límite de edad, la exigencia de que muestre capacidad de discernimiento y de que sea consciente de las consecuencias en el momento de la petición acota el rango de la edad y carece de un impacto muy significativo en la práctica.

El tercer país que se sumó a esta iniciativa fue *Luxemburgo*, con la Ley de 16 de marzo de 2009, sobre la eutanasia y asistencia al suicidio. Recoge en su art. 2 que “no será sancionado penalmente y no podrá dar lugar a una acción civil de daños y perjuicios el hecho de que un médico responda a una petición de eutanasia o asistencia al suicidio si se cumplen las condiciones de fondo siguientes”. Dichas condiciones son similares a las de Holanda y Bélgica, apuntando que en todo caso la petición deberá constar por escrito.

148 PARREIRAS REIS DE CASTRO, M. *et al.* “Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática”, en *Revista Bioética*, vol. 24, núm. 2, 2016, pág. 360.

En relación con *Colombia*, en 1997 la Corte Constitucional consideró que la eutanasia activa era un derecho del paciente¹⁴⁹. El art. 326 del CP establecía que “el que matare a otro por piedad para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años”¹⁵⁰, pero la Corte apuntó que un estado laico no podía recoger en su normativa connotaciones morales o éticas de esa índole, de tal forma que entendió que no se podía imponer a una persona acatar, en contra de su voluntad, dignidad e intereses, lo que es aceptable para otros colectivos que tienen determinadas creencias y obligaciones religiosas. Aun contando con una sentencia como esta, hubo que esperar hasta el 2015 para que despenalizara en virtud de la Resolución 12.116/2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, que establece los criterios y procedimientos para garantizar el derecho a la muerte digna. El enfermo debe, además de padecer una enfermedad terminal que provoque un dolor intenso y un sufrimiento significativo que no puede aliviarse, solicitar la muerte, que deberá ser autorizada y supervisada por un médico especialista, un abogado y un psiquiatra o psicólogo. No se prohíbe la asistencia a pacientes extranjeros.

El último país que recoge la legalidad de la eutanasia ha sido *Canadá* desde el año 2016. Tras la aprobación del Proyecto de Ley C-14, que modifica el CP se permite la administración por un médico o enfermera de una sustancia a una persona a petición de la misma, que pone fin a la vida (eutanasia), así como la prescripción de una sustancia que pueda auto-administrarse y provocar la propia muerte (suicidio asistido)¹⁵¹. Esta normativa fue propuesta por el Gobierno canadiense después de que en febrero del 2015, el TS declarase inconstitucional la existente ley que castigaba la eutanasia, en la conocida sentencia *Carter v. Canadá*¹⁵². En este caso, la familia de Lee Carter, una mujer que sufría de una enfermedad espinal degenerativa, y Gloria Taylor, que padecía ELA, plantearon la inconstitucionalidad de la prohibición del suicidio asistido del art. 241.1.b) CP¹⁵³, argumentando que infringía los artículos 7 y 15 de la Carta Canadiense

149 Sentencia Corte Constitucional 239/97, de 20/05/1997.

150 Artículo recogido por VALADÉS RÍOS, D. “Eutanasia, régimen jurídico de la autonomía vital”, en *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, 1980, págs. 93 y ss.

151 JIMBEL GARCÍA, J.F. “Eutanasia y suicidio asistido en Canadá. Una panorámica de la sentencia *Carter v. Canadá* y del consiguiente Proyecto de Ley C-14 presentado por el Gobierno canadiense”, en *Revista de Derecho Uned*, núm. 19, 2016, págs. 351-377.

152 Sentence of the Supreme Court of Canada, 2015 SCC 5 (S112688)

153 Art. 241 CP canadiense: “(1) Everyone is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term of not more than 14 years who, whether suicide ensues or not, (a) counsels a person to die by suicide or abets a person in dying by suicide; or (b) aids a person to die by suicide” (toda persona es

de Derechos y Libertades (*Canadian Charter of Rights and Freedoms*), en virtud de los cuales se protegía el derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad de la persona y a la igualdad de trato por y bajo la ley. El fallo se dictó por unanimidad de los magistrados, que reconocieron que la prohibición absoluta de la ayuda médica para morir (eutanasia activa directa y suicidio asistido médico), aplicada a determinadas personas y en determinadas condiciones podría violar el contenido esencial de los mencionados derechos. De esta forma, se concluyó que era contrario a la Constitución negar la ayuda médica a morir a aquellos enfermos con capacidad de autogobierno que la pidieran a consecuencia de una enfermedad que les causara un sufrimiento permanente, intolerable e irreversible. Así, en 2016 se procedió a la despenalización de tales conductas, con la peculiaridad de que en vista de la expansión de los casos de “turismo por suicidio”, solo es aplicable a residentes canadienses con tarjeta de salud.

Por otro lado, encontramos países como Suiza y algunos estados de Estados Unidos, en los que si bien la eutanasia es delito, el auxilio al suicidio no. En *Suiza*, el art. 114 CP¹⁵⁴ regula la muerte a solicitud de la víctima, mientras que el art. 115¹⁵⁵ tipifica la incitación y asistencia para el suicidio, por motivos egoístas. Así, recoge la distinción que debe haber en el reproche penal dependiendo de los motivos por los que se actúe. En la medida en que está redactado de una manera muy amplia, dará lugar a que sea el Juez quien deba valorar el desvalor de las conductas, pudiendo imponer multas que únicamente sean simbólicas. Por tanto, en virtud del art. 115 CP suizo, en este país se permite el suicidio asistido siempre y cuando no se haga por motivos egoístas (es decir, casos en los que el suicidio no reporta beneficios materiales ni satisfacción de sentimientos de odio o venganza¹⁵⁶); asimismo, la persona debe estar en su sano juicio y mantener el control sobre los actos¹⁵⁷. Entonces, se permite que asistan

culpable de un delito y puede ser condenado a prisión por un periodo de no más de 14 años, independientemente si se produce el suicidio o no, si (a) aconseja a una persona que muera mediante suicidio o instiga a una persona a morir por suicidio; o (b), ayuda a una persona a morir por suicidio).

154 Art. 114 CP suizo: “El que, movido por un motivo honorable, en particular el de piedad, dé la muerte a una persona que la haya solicitado de una manera seria e insistente, será castigado con una pena privativa de la libertad de un máximo de tres años o de una sanción pecuniaria”.

155 Art. 115 CP suizo: “El que, movido por motivo egoísta, incite a una persona al suicidio o le preste asistencia para suicidarse, y el suicidio se consuma o intenta, será castigado con una pena privativa de la libertad de un máximo de cinco años o de una sanción pecuniaria”.

156 DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, vol. 8, núm. 79, 2012, pág. 117.

157 También se permite la atención a enfermos mentales, pero el TS exige un informe psiquiátrico que demuestre que la voluntad de morir es auto-determinada y reflexionada, y no parte del trastorno mental.

al suicidio a enfermos, además de a los médicos, a personal no sanitario, siempre y cuando la ayuda sea por motivos altruistas.

Se practica desde los años 40 y viene respaldado por la ley y por el Tribunal Federal suizo, que en 2006 estableció que toda persona en el uso de sus capacidades mentales (y sin exigir que fueran o no enfermos terminales) tenía el derecho a decidir sobre su propia muerte. A mayor abundamiento, existen tres asociaciones -principalmente- (*Exit*, *Dignitas* y *Eternal Spirit*) que tratan de ayudar a quienes tienen el deseo de acabar con su vida¹⁵⁸. Sus actividades en este contexto van desde el ofrecimiento de la posibilidad de que el paciente deje por escrito su deseo de un suicidio asistido, el tratamiento de las personas por medio de la atención psicológica y la suministración de cuidados paliativos, a la prescripción médica del preparado letal que provocará la muerte.

En *Estados Unidos*, la Corte Suprema se ha pronunciado negando la legalización de la eutanasia activa. No obstante, al caracterizarse por una estructura federal, hay estados que cuentan con legislación sobre estas materias. Tal es el caso de Oregón, Washington, Montana, Vermont, California y Colorado, donde se permite el suicidio médicamente asistido; también en el Distrito de Columbia (Washington, D.C.). El primero de ellos en legalizarlo fue Oregón en 1994 aprobando por referéndum, con el 51% de los votos, una ley (*Oregon Death with Dignity Act*) que permite a los pacientes mayores de edad allí residentes con una esperanza de vida inferior a seis meses debido a una enfermedad terminal, y con capacidad para poder tomar decisiones por sí mismos y para comunicarlas de forma consciente, solicitar una prescripción médica para obtener los fármacos que producen la muerte. Fue declarada inconstitucional un año después, pero se aprobó nuevamente en 1997, esta vez con el 60% de votos favorables.

La asistencia la debe prestar un médico acompañado de un segundo médico consultor, que deben confirmar que el paciente es capaz y que su petición es voluntaria. Si estiman que el juicio del enfermo no es voluntario o está nublado, deberá serle realizado un análisis psicológico. El enfermo ha de solicitar la colaboración del médico dos veces verbalmente -con un intervalo mínimo de 15 días entre ellas- y una vez por escrito -que tendrá que estar firmada por dos testigos- antes de poder obtener la prescripción letal. Tendrán que transcurrir al menos 48 horas entre la escrita y la entrega

158 Noticia en *El Confidencial*, de 05/07/2016, “El derecho al suicidio asistido en Suiza atrae el ‘turismo de la muerte’”: https://www.elconfidencial.com/mundo/eutanasia-suiza-turismo-muerte_1227670/

de la receta¹⁵⁹. Asimismo, los médicos deberán estar licenciados en el mismo estado que el paciente que lo solicita y advertir de todas las alternativas posibles como el uso de cuidados paliativos u otros tratamientos que ayuden a mitigar el dolor.

Los enfermos que murieron el pasado año en Oregón debido a esta práctica manifestaron previamente que sus preocupaciones eran la pérdida de autonomía (89,5%), la disminución de la posibilidad de participar en actividades cotidianas que hacen la vida provechosa (89,5%) y la pérdida de dignidad (65,4%)¹⁶⁰.

Posteriormente, en noviembre de 2008 fue aprobada en Washington mediante referéndum la Ley de Muerte con Dignidad, similar a la de Oregón con una excepción. Esta se refiere al certificado de defunción, que si bien en Oregón se consigna la causa directa de la muerte, en Washington no se recoge el hecho de que se ha recibido ayuda a morir¹⁶¹. En 2016, de las 240 personas a las que se había dispensado la medicación letal, y habían fallecido ese mismo año, 192 lo hicieron tras ingerirla (otros no llegaron a tomarla o no se tiene información sobre ello). Más de la mitad de los 240 individuos tenían un alto nivel educativo y el 77% padecía cáncer¹⁶².

El siguiente estado en legalizarlo fue Montana, por la vía del *court ruling* (resoluciones judiciales), después de que la Corte Suprema mantuviera con fecha 31 de diciembre de 2009 que no había precedente legal alguno que indicase que la asistencia médica en la muerte fuera contraria a las políticas públicas y por tanto ilegal¹⁶³. Carece de un protocolo legal, pero la Corte Suprema requirió mismos requisitos que en los anteriores estados, aunque no se especifica el mínimo de edad para poder acceder al proceso.

Por su parte, Vermont aprobó en 2013 la *End of Life Choice Bill (Act 39)*, que habilitaba a pacientes terminales que fueran a morir en menos de 6 meses al acceso a

159 VEGA GUTIÉRREZ, J. “La práctica del suicidio asistido en Oregón y la “pendiente resbaladiza”, en *Cuadernos de Bioética*, vol. 18, 2007, pág. 58.

160 Último informe anual, del 2016, de la División de Salud Pública de Oregón (Centro de Estadísticas): <http://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year19.pdf>

161 VALADES RÍOS, D. “Eutanasia, régimen jurídico de la autonomía vital”, en *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, 1980, págs. 98-99.

162 Último informe anual, del 2016, del Departamento de Salud del Estado de Washington. <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2016.pdf>

163 Pronunciamento que realiza en el caso de *Robert Baxter*, conductor de camión que a sus 76 años estaba retirado y que sufría una forma terminal de leucemia linfocítica, que solicita el establecimiento de un derecho constitucional a recibir y ayudar en la muerte. Textualmente, el tribunal dictó lo siguiente: “we find no indication in Montana law that physician aid in dying provided to terminally ill, mentally competent adult patients is against public policy”.

dosis letales de drogas para anticipar su muerte. Como salvaguardia, también se exigen dos opiniones médicas, la opción de una evaluación psiquiátrica y un periodo de espera de 17 días antes de la prescripción en cuestión (15 días entre las solicitudes orales y 2 días más que deben mediar en relación con la escrita y la entrega final)¹⁶⁴.

California se adhirió a esta posición tras la polémica que suscitó el caso de Brittany Maynard¹⁶⁵. Así, Jerry Brown firmó el 5 de octubre de 2015 el Proyecto de Ley 15 (“Acta de opción de fin de la vida”), que permite a los adultos competentes residentes en el Estado con enfermedades terminales y esperanza de vida inferior a seis meses acabar con su vida de forma legal (mediante el suicidio médicamente asistido). Esta Ley, que entró en vigor en 2016, se basó en la de Oregón, pero no exige que la solicitud por escrito deba realizarse 48 horas antes de comprar la medicación¹⁶⁶. Como nota característica que la diferencia de los demás regímenes, establece la exigencia adicional previa de que el enfermo sea física y mentalmente capaz de auto-administrarse la medicación que provocará la muerte, así como que haya traductores disponibles para todos aquellos que no hablen inglés.

El último estado en legalizar esta práctica fue Colorado a finales del 2016, por medio de un referéndum. Esta medida fue respaldada por el 64,61% de quienes ejercieron su derecho al voto¹⁶⁷. También toma como ejemplo la regulación de Oregón, coincidiendo los requisitos, salvo que tampoco se exhorta a que entre la solicitud escrita y la entrega de la receta medien 48 horas. Asimismo, apunta algo que no hemos comentado hasta el momento, bastante obvio, que es que el paciente podrá cambiar de opinión en cualquier momento, aunque ya se le haya expedido el fármaco letal. Añade dos exigencias adicionales en relación con el protocolo a cumplir por el médico, que son que este debe remitir al paciente a un profesional en el ámbito de la salud mental que esté acreditado como tal, y ser informado de que la medicación debería tomarse en un lugar privado en presencia de otra persona.

164 *Act 39* (Vermont) <http://www.leg.state.vt.us/docs/2014/Acts/ACT039.pdf>

165 Caso de *Brittany Maynard*: joven con cáncer cerebral y mal pronóstico vital que quiere acabar con su vida, pero como en California no es legal el suicidio asistido, tiene que mudarse a Oregón para poder cumplir con su deseo.

166 *The Leading source for pros and cons of controversial issues*, 21/02/2017: <https://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000132>

167 Noticia en *Diario Médico*, de 17/11/2016, “El Estado de Colorado legaliza el suicidio asistido”: <http://www.diariomedico.com/2016/11/17/area-profesional/normativa/el-estado-de-colorado-legaliza-el-suicidio-asistido>

Por su parte, Washington, D.C. aprobó de forma definitiva el 18 de febrero de 2017 una ley que habilita a los médicos a prescribir a los pacientes con enfermedades terminales medicamentos que acaben con su vida¹⁶⁸. Si bien los requisitos son los mismos que los que establece la legislación de Oregón, hay un elemento distintivo en la medida en que se altera el orden en el que deben realizarse las solicitudes. En este caso, la solicitud por escrito debe realizarse antes de la segunda solicitud oral¹⁶⁹.

¿Qué repercusiones tiene que las legislaciones de otros países sean más permisivas en este ámbito, despenalizando la eutanasia y el suicidio asistido? Fundamentalmente el auge del “turismo médico”, uno de los efectos manifiestos de la globalización de la asistencia sanitaria. Incluye distintos supuestos, desde los pacientes que viajan desde sus países de origen a otros para ahorrar costes sanitarios o acceder a un servicio ilegal o no disponible en el país de proveniencia, hasta la emigración médica o la telemedicina. Resulta pertinente centrarnos en el primero de los aspectos, en el que se pueden distinguir tres situaciones. En primer lugar, servicios médicos que son legales en los países de origen y destino (cirugía de prótesis de cadera o la cirugía cosmética), lo cual no genera problemática alguna. En segundo, cuando los servicios son ilegales en ambos países pero en el extranjero parece que es más fácil recibirlo por una aplicación menos rigurosa de la ley (como el turismo de trasplantes). Por último, los casos más frecuentes, en los que se trata de recibir servicios médicos que son ilegales en el país de origen, mientras que en el de destino no. Estos últimos se conocen más concretamente como “turismo de circunvalación”¹⁷⁰, entre los que se encuentran el aborto o el suicidio médicamente asistido. Precisamente, la canadiense Lee Carter (citada en la sentencia Carter v. Canadá), tuvo que viajar a Suiza en el año 2010 para poder quitarse la vida legalmente. Este país es un gran receptor de este tipo de turistas extranjeros; a pesar de que una de las asociaciones, *Exit*, solo atiende a ciudadanos helvéticos, las otras dos

168 Noticia en *La Gaceta*, de 21/02/2017, “La capital de EEUU legaliza el suicidio asistido”: <https://gaceta.es/noticias/capital-estados-unidos-legaliza-suicidio-asistido-21022017-1328/>

169 Tal y como consta en *The Leading source for pros and cons of controversial issues*, 21/02/2017: <https://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000132>: “Patient request timeline: first oral request to physician; written request to physician before second oral request and at least 48 hours before the medication is dispensed; second oral request to physician made at least 15 days after the first oral request”.

170 GLENN COHEN, I. “Las Fronteras del Derecho Sanitario: Globalización y Turismo Médico”, en *Repositorio de la Universidad Autónoma de Madrid*, 2014, págs. 27 y ss.

(*Dignitas* y *Eternal Spirit*) sí prestan estos servicios a los extranjeros, fundamentalmente alemanes, ingleses, franceses e italianos¹⁷¹.

En este contexto, se plantea si los países de origen pueden aplicar extraterritorialmente el castigo de estas conductas. Pues bien, en virtud del “principio de nacionalidad” (art. 23.2 LOPJ¹⁷²), por el que un Estado puede proclamar su jurisdicción sobre los actos de sus ciudadanos con independencia de dónde tengan lugar bajo determinados requisitos, parece ser que no sería posible perseguirlas, al no concurrir la exigencia de que el hecho sea punible en el lugar de ejecución.

V.5. Propuestas de *lege ferenda*

En vista del panorama actual, la eutanasia activa cada vez tiene más defensores que solicitan una regulación expresa del problema o simplemente la abolición del castigo de este tipo de conductas. En este sentido, MENDES DE CARVALHO recoge la postura que está acumulando más adeptos. Aduce que existen contextos en nuestra sociedad en los que se considera aceptable la ayuda de otro al suicidio de una persona. Para contrarrestar los argumentos paternalistas y los que apuntan los peligros de la despenalización, la legalización de los comportamientos debería ir rodeada de garantías legales muy determinadas, de tal forma que desde el punto de vista objetivo (de la sociedad o los argumentos político-criminales de la prohibición de la participación en el suicidio) y subjetivo (del propio individuo) se entendiera que la voluntad del suicida se construye sobre razones de suficiente peso como para dejar impune la colaboración de un tercero. Así pues, habría que llevar a cabo un análisis caso por caso¹⁷³. Esta posición, aunque no pueda fundamentarse en un auténtico derecho fundamental a morir -tal y como aclara el TC- considera que sí podría aceptarse mediante una causa de

171 Noticia en *El Confidencial*, 05/07/2016, “El derecho al suicidio asistido en Suiza atrae el `turismo de la muerte`”: https://www.elconfidencial.com/mundo/eutanasia-suiza-turismo-muerte_1227670/

172 Art. 23.2 LOPJ: “También conocerá la jurisdicción española de los delitos que hayan sido cometidos fuera del territorio nacional, siempre que los criminalmente responsables fueren españoles o extranjeros que hubieran adquirido la nacionalidad española con posterioridad a la comisión del hecho y concurrieren los siguientes requisitos: a) Que el hecho sea punible en el lugar de ejecución, salvo que, en virtud de un Tratado internacional o de un acto normativo de una Organización internacional de la que España sea parte, no resulte necesario dicho requisito, sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados siguientes. b) Que el agraviado o el Ministerio Fiscal interpongan querrela ante los Tribunales españoles. c) Que el delincuente no haya sido absuelto, indultado o penado en el extranjero, o, en este último caso, no haya cumplido la condena. Si sólo la hubiere cumplido en parte, se le tendrá en cuenta para rebajarle proporcionalmente la que le corresponda”.

173 MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, págs. 303-322.

justificación por la que se pudieran ponderar los intereses enfrentados de protección de la dignidad humana -incluyendo la autonomía individual- y el deber de tutelar la vida. Concretamente, la causa de justificación que permite dicha ponderación es el estado de necesidad recogido en el art. 20.5 CP¹⁷⁴.

Una vez analizada esta postura, debemos comentar que si bien varias iniciativas parlamentarias han tratado de implantar una legalización más o menos amplia de la eutanasia en 1998, 2002, 2004, 2007, 2012, 2015 y 2017, han sido rechazadas.

Una de las alternativas legislativas fue la dada por el GEPC. En el *Manifiesto a favor de la disponibilidad de la propia vida* de 1991 ya reconocían la disponibilidad de la vida y correlativamente el derecho a morir. En consonancia con ello, dos años más tarde publicaron la *Propuesta alternativa al tratamiento jurídico de las conductas de terceros relativas a la disponibilidad de la propia vida*, que recogía determinadas modificaciones legislativas. Una de ellas resulta de nuestro interés, que es la relativa a la modificación de los arts. 408 y 409 del CP de 1973, comentada en el apartado segundo del trabajo. Expresamente, “se propone el castigo de la ejecución activa y la inducción al suicidio de un tercero mayor de edad con capacidad natural de juicio, ante su solicitud expresa, libre y seria”, el de “la cooperación al suicidio sin que concurran los requisitos de capacidad y solicitud que se acaban de mencionar”, al tiempo que se “defiende la impunidad de determinados supuestos de eutanasia, tanto activa como omisiva”¹⁷⁵. Así, dicha propuesta legalizaba la eutanasia bajo determinadas condiciones. Propugnaba la impunidad del médico o de cualquier otra persona bajo su dirección cuando produjera la muerte de otro, en caso de que este fuera mayor de 18 años con capacidad natural de juicio y concurriera una solicitud expresa, libre y seria, siempre que tuviera una afección incurable que le condujera próximamente a la muerte o que le incapacitara sin poder valerse por sí mismo¹⁷⁶.

174 Véase nota núm. 24.

175 GEPC. *Revisión y actualización de las propuestas alternativas a la regulación vigente*. GEPC y Tirant Lo Blanch, Valencia, 2016, pág. 38.

176 En *supra*, se recoge asimismo una nueva redacción a dicha propuesta alternativa en los siguientes términos: “No será punible ni la colaboración (en) ni la producción de la muerte de otro por parte de un médico o de cualquier otra persona bajo su dirección, si media la solicitud expresa, libre y seria de una persona que tenga capacidad natural de juicio, siempre que esta padezca graves sufrimientos no evitables que se deriven de una afección incurable que le conducirá próximamente a la muerte o que, siendo permanente, le incapacita de manera generalizada para valerse por sí misma. En su caso, se entenderá por solicitud expresa, libre y seria la manifestada en un documento de instrucciones previas o de voluntades anticipadas”.

Por su parte, CORCOY BIDASOLO considera que la eutanasia es un procedimiento de interés del paciente, motivo por el cual bajo cierto control debe legalizarse¹⁷⁷. En este sentido, aboga en primer lugar por el mantenimiento del art. 143.4 CP introduciendo la referencia expresa a los documentos de voluntades anticipadas, ya que sostiene que calificar como “petición seria, expresa e inequívoca” la existencia de un testamento vital es una desmedida ampliación del alcance de una interpretación extensiva. Asimismo, para evitar el problema de la actualidad del documento, estima conveniente que en los supuestos de intervenciones arriesgadas o de diagnóstico de enfermedades incurables o degenerativas, se incluya en la información transmitida al enfermo la importancia de otorgar un testamento vital y se aconseje el nombramiento de un representante titular (y de un sustituto).

En segundo lugar, apunta que la reforma del art. 143.4 CP debe ir acompañada de la creación de un nuevo apartado que recoja la permisividad de la eutanasia (en sus tres modalidades, activa directa, activa indirecta y pasiva) incluso en aquellos supuestos que no concurra la “petición expresa, seria e inequívoca” ni el documento de instrucciones previas, siempre que se practique la eutanasia tras cumplir con un procedimiento en el que se valore cuál es el mejor interés del paciente. En dicho procedimiento deberían intervenir dos facultativos, -de los cuales uno sería el responsable de ese paciente y el otro sería cualquiera que no lo haya tratado-, así como los familiares y el Comité de ética del hospital, requiriéndose incluso una resolución judicial en los casos dudosos.

Por último, señala que la propuesta debería alcanzar también a la LAP en lo relativo al documento de voluntades anticipadas y al consentimiento por representación. En relación con este último, argumenta la necesidad de una concreción del art. 9.7, que recoge la necesidad de atender siempre al mejor interés del paciente y al respeto de su dignidad personal en los supuestos en los que el consentimiento sea por representación. De esta forma, habría que determinar quién y cómo se valora qué tratamiento -o su no implantación- es el mejor y más respetuoso con la dignidad.

177 Corcoy Bidasolo, M. “La regulación legal de la eutanasia en el CP español. Propuestas de reformas legislativas”, en MENDOZA BUERGO, B. (Ed.), *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*. Civitas, Madrid, 2010, págs. 299-322.

Con todo ello, defiende la legalización de la eutanasia exigiendo unos requisitos concretos y el cumplimiento de un procedimiento que precisamente determine y constate con la máxima seguridad jurídica la concurrencia de estos en cada caso concreto.

Determinados Grupos Parlamentarios también han tratado de que se modifique la actual legislación en torno a la eutanasia. Por ejemplo, Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea presentaron una Proposición de Ley que fue rechazada en marzo de 2017, con la que precisamente se buscaba que se reformara el art. 143 CP. En la misma, trataban de impulsar que toda persona pudiera solicitar y recibir ayuda médica para poner fin a su vida, única vía para poder defender la dignidad de la persona. Argumentan que el castigar con penas privativas de libertad a quienes prestan una ayuda solicitada de forma libre, seria y reiterada que se encuentra en una situación de agonía supone una crueldad añadida a la obligación a vivir contra su voluntad. Lo que el Estado debe hacer es fomentar y proporcionar el entorno más propicio para que los ciudadanos puedan acceder al libre desarrollo de su personalidad¹⁷⁸.

178 Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, 30 de enero de 2017, núm. 77-1. En resumen, el art. 4 de dicha Proposición establecía los *requisitos* para solicitar la eutanasia. En primer lugar, la persona en cuestión debía ser mayor de 18 años, capaz y consciente en el momento de la petición, o menor emancipado legalmente. La petición se tenía que formular de manera voluntaria, sin presiones externas, por escrito, repitiéndose en al menos dos ocasiones entre las que mediaran 15 o más días -salvo que el médico responsable considerase inminente la muerte o pérdida de capacidad del individuo para prestar consentimiento informado, situación en la que se aceptaría un periodo de tiempo inferior-. Asimismo, el sujeto debía encontrarse en la fase terminal de una enfermedad, o padecer sufrimientos físicos o psíquicos que considerase intolerables, y haber recibido información de las alternativas de tratamiento existentes y de los recursos disponibles en el ámbito sociosanitario. De todas estas cuestiones debía quedar constancia en la historia clínica. En caso de tratarse de una persona sin capacidad de discernimiento pero que hubiera realizado previamente un documento de instrucciones previas -acorde al art. 11 LAP-, se llevaría a cabo la eutanasia siempre que se cumpliesen los demás requisitos.

Una vez realizada la petición, entre otros deberes del médico recogidos en el art. 8, constaba que este debía dirigirse a un médico consultor (competente en el ámbito de las patologías padecidas por el paciente), sin interés en el caso, el cual confirmaría el cumplimiento de las condiciones mencionadas, y redactaría un informe para la persona demandante de la eutanasia y que pasaría a formar parte de su historia clínica. Llevada a cabo la eutanasia, en el plazo máximo de 4 días hábiles el médico responsable debía remitir a la Comisión de Evaluación correspondiente -se crearía una por Comunidad Autónoma; constituida por 7 personas de diferentes ámbitos (graduados en Medicina, Derecho, profesional sanitario en el ámbito de enfermedades incurables, miembro de asociación en atención de personas con enfermedades incurables)- dos documentos, que recogerían información relacionada con el solicitante de la eutanasia, los requisitos y el médico responsable. En caso de denegación de la eutanasia, también se debían enviar dichos documentos, adaptados a las circunstancias.

En la Disposición Final Primera constaba la nueva redacción que se le debía dar al art. 143.4 CP: “No será punible la conducta de aquel que con actos necesarios y directos coopere en o cause la muerte a otro cuando este lo haya solicitado de manera expresa, inequívoca y reiterada con arreglo a lo que establezca la legislación específica. La persona solicitante deberá ser una persona con una enfermedad grave que conduzca necesariamente a su muerte o que padezca sufrimientos físicos o psíquicos que ella considere insoportables”.

Otra de las actuaciones para promover la legalización de estas conductas viene impulsada por el Dr. Luis Montes, ex jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés (Madrid), que elaboró un manifiesto para pedir la legalización del suicidio asistido y de la eutanasia activa. Se trata del Manifiesto de Santander, un documento provisto de 9 puntos en los que se trata este tema porque se considera que ha llegado el momento de abrir el debate. Se defiende el derecho a la autodeterminación del ser humano, en el “sentido de que cada persona es libre para disponer de su vida” -y por consiguiente, de su muerte-. Asimismo, recoge que al igual que se reconoce el derecho a la vida, la Constitución y las leyes deberían garantizar un derecho a una muerte digna, lo cual implica en todo caso la despenalización del suicidio asistido y la eutanasia. Todo ello iría en beneficio del conjunto de la sociedad, ya que con una buena regulación se estaría protegiendo legalmente a los profesionales al tiempo que disminuirían las prácticas clandestinas.

Del mismo modo, nos gustaría comentar dada su reciente actualidad, la Proposición de Ley de reforma del CP, de despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio, presentada por el Parlamento de Cataluña al Congreso, de fecha 8 de septiembre de 2017. Busca la modificación del art. 143.4 CP en atención a la dignidad y la libertad de la persona que se proclaman en el art. 10.1 de la CE. Se apoyan en diferentes informes, como el elaborado por el Comité Consultivo de Bioética de Cataluña en 2006 a petición del Departamento de Salud de la Generalidad, así como en la perspectiva internacional, dando ejemplos de países en los que ya se ha adoptado esta decisión. Por ello, consideran que el apartado cuarto de dicho precepto debería redactarse en los siguientes términos: “no obstante lo establecido por los apartados anteriores, está exento de responsabilidad penal el que, por petición expresa, libre e inequívoca de una persona que padezca una enfermedad grave que lo conducirá necesariamente a la muerte o una patología incurable que le provoca sufrimiento físico o psíquico grave y que se prevé que será permanente, cause con actos necesarios la muerte segura, pacífica y sin dolor de esta persona o coopere a ello, dentro del marco legal establecido”.

En definitiva, se puede apreciar cómo se trata de un tema muy controvertido y a la orden del día, sobre el que no se logra un consenso en cuanto a su castigo o impunidad.

V.5.1. La despenalización de la eutanasia: opinión personal

A nuestro juicio, el problema de la eutanasia no se resuelve con una respuesta afirmativa o negativa en cuanto a su legalización, sino que debe profundizarse más en la cuestión. De esta forma, si bien nos posicionamos a favor de su despenalización¹⁷⁹, también señalamos que tiene que ir acompañada de un conjunto de medidas y mecanismos que la configuren como un proceso con mayores garantías, control y seguridad. Por un lado, consideramos que deberían exigirse los requisitos que establece el art. 143.4 CP, esto es, que el enfermo pida expresa, seria e inequívocamente la muerte -salvo en los casos en los que este estuviera impedido para hacerlo, por ejemplo, por ser incapaz o estar en coma- y que sufra una enfermedad grave que conduciría necesariamente a la muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar. Cabría puntualizar en relación con los testamentos vitales, que entendemos que el elemento de actualidad es esencial, motivo por el cual habría que limitar el periodo de tiempo en el que fuera válido e incluir en la información otorgada a los enfermos su existencia y utilidad. Por otro lado, para verificar el cumplimiento de dichos requisitos, y en todo caso cuando no pudiera recabarse la voluntad del enfermo, se debería seguir un procedimiento que velara por el mejor interés del paciente, como el apuntado por CORCOY BIDASOLO, esto es, en el que intervinieran dos facultativos (uno de ellos responsable del paciente, mientras que el otro no hubiera tenido contacto con el paciente), los familiares y el Comité de ética del hospital, acudiendo al juez en supuestos dudosos.

Se trata de una solución conforme a la nueva perspectiva social en este asunto. De acuerdo con las encuestas del CIS 2009, Isopublic 2013, Ipsos Mori 2015 y Metroscopia 2017, la regulación de la eutanasia para enfermos incurables tiene un amplio apoyo ciudadano en España. Así, la primera muestra que el 77,5% de los españoles está total o bastante de acuerdo en que se regule la ayuda a morir, al tiempo que la más reciente corrobora y amplía esos porcentajes hasta el 84% de los encuestados, siendo los menores de 35 años quienes más lo secundan¹⁸⁰. A mayor abundamiento, cabría apuntar que legalizando la eutanasia se conseguiría reducir o incluso acabar con su práctica clandestina -de modo que se constituiría como un proceso más digno y con unas

179 Que no se castigue ninguna de las tres modalidades de eutanasia, pues si bien la activa indirecta y la pasiva no están comprendidas en el art. 143.4 CP, su modalidad activa directa sí (véase apartado V.1.1.).

180 Noticia en *El País*, de 02/04/2017, “La hora de la eutanasia”:

https://politica.elpais.com/politica/2017/03/31/actualidad/1490960180_147265.html

mejores condiciones médicas- y dejaría de ser necesario que los implicados tengan que viajar a otros países para hacerlo sin violar la ley (turismo médico), sin que ello implicara una generalización desmedida de estas prácticas.

Esta postura que mantenemos se encuentra muy relacionada con el debate en relación con el derecho a disponer sobre la vida, y en resumidas cuentas entendemos que en aquellos supuestos concretos en los que el enfermo está sufriendo -y bajo el cumplimiento de determinados requisitos- debería estar permitida la práctica de la eutanasia, pues tal y como dijo en su momento JACQUES POHIER, “la eutanasia voluntaria no es una elección entre la vida y la muerte, sino entre dos maneras de morir”¹⁸¹.

VI. CONCLUSIONES

I. Sin lugar a dudas, tanto el suicidio como las conductas de participación en el mismo, en especial la eutanasia, constituyen uno de los principales desafíos ético-jurídicos en la actualidad. En este contexto, existe una amplia discusión doctrinal en relación con múltiples extremos, como la delimitación conceptual de estas figuras, la existencia de un derecho a disponer sobre la vida, o la necesaria legalización de la eutanasia.

II. El concepto jurídico-penal de suicidio que manejamos es el de muerte que se da a sí misma una persona imputable, con dominio del hecho y con una conducta de autoría, que tiene la voluntad de perseguir tal fin sin que concurra cualquier tipo de vicio como violencia, intimidación o engaño en su determinación. Si bien este no está penado, no ocurre lo mismo con la inducción, la cooperación necesaria y la ejecutiva al suicidio, y la eutanasia, que se castigan en los cuatro apartados del art. 143 CP, respectivamente.

III. La regulación del CP está muy relacionada con la respuesta que se da al debate en torno al derecho a disponer de la vida. Si bien la doctrina tradicional aboga por el castigo tanto del suicidio como de cualquier forma de participación en él, al entender que el derecho a la vida recogido en el art. 15 CE debe protegerse bajo cualquier circunstancia, otros autores entienden que no se podría defender la vida que no es libremente deseada o que carece de un contenido de dignidad. Como postura intermedia se constituye la que reconoce el derecho a disponer de la vida, pero con límites, que se

¹⁸¹ *Ibid.*

refieren a la intervención de terceros. En medio de esta discusión, el TC se postula manteniendo que no existe un derecho fundamental a morir que forme parte del derecho a la vida, pero que tales actos son una manifestación del principio general de libertad, razón por la que las restricciones deben ser proporcionadas. Así, el castigo de las intervenciones de terceros no son inconstitucionales, pero reconoce que se trata de un espacio de libre configuración legislativa; y concretamente, el legislador ha optado por castigarlas en el art. 143 CP. Por un lado, penaliza la inducción al suicidio, esto es, el hacer surgir *ex novo* en otro la idea de que se quite la vida, de forma directa y eficaz. En el apartado segundo, castiga la ayuda al suicidio con actos necesarios, y en el caso de que esta llegara hasta el punto de ejecutar la muerte, la conducta encajaría en el apartado tercero.

IV. En el art. 143.4 CP se recoge el castigo correspondiente a las conductas eutanásicas. En relación con el término eutanasia, este tampoco ha estado exento de discusión. Si bien atendiendo a la contribución valorativa a la muerte puede distinguirse entre eutanasia activa directa, activa indirecta y pasiva, únicamente adquiere relevancia penal la primera. De esta forma, se castigan aquellas conductas que se dirigen intencionalmente a causar o cooperar activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, quien previa petición expresa, seria e inequívoca solicita que se acabe con su vida, cuando la víctima está en una situación de enfermedad grave que conduciría necesariamente a la muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar. Supone un tipo privilegiado de los anteriores, al castigarse con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 del artículo.

V. Nuestra regulación dista mucho de ser equivalente a la de otras del entorno, pues en algunos países como Holanda, Bélgica, Luxemburgo o Canadá, esta práctica eutanásica está legalizada. En otros como Suiza, se permite el suicidio asistido. Es por ello por lo que cada vez hay más propuestas para reformar el CP y lograr que se legalice la eutanasia a la par que se introduzcan medidas que garanticen un procedimiento con máximas garantías.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- ALAS ROJAS, D.L. “Comportamiento de la víctima del delito: la autopuesta en peligro”, en *Derecho y Cambio Social*, núm. 42, 2015, págs. 1-31.
- ALTISENT TROTA, R. *et al.* “Atención Médica al Final de la Vida”, en *Organización Médica Colegial de España (OMC)*, 2009, págs. 1-14.
- ÁLVAREZ GÁLVEZ, I. *La eutanasia voluntaria autónoma*. Dykinson, Madrid, 2002.
- Barquín Sanz, J. “La eutanasia como forma de intervención en la muerte de otro”, en ROXIN, C. *et al.*, *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Comares, Granada, 2001, págs. 155-211.
- BUENO ARÚS, F. “Límites del consentimiento en la disposición del propio cuerpo desde la perspectiva del Derecho penal”, en *Poder Judicial*, núm. 15, 1985, págs. 11-22.
- CASABONA, C.M. *Los delitos contra la vida y la integridad personal y los relativos a la manipulación genética*. Comares, Granada, 2004.
- CEREZO MIR, J. “Autoría y participación en el Código penal vigente y en el futuro Código penal”, en *Problemas fundamentales del Derecho penal*. Tecnos, Madrid, 1982, págs. 333-347.
- CHANG KCOMT, R.A. “¿Existe el consentimiento presunto?: La voluntad presunta como causa de justificación”, en *Revista Ius Et Veritas*, núm. 54, 2017, págs. 260-270.
- Corcoy Bidasolo, M. “La regulación legal de la eutanasia en el CP español. Propuestas de reformas legislativas”, en MENDOZA BUERGO, B. (Ed.), *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*. Civitas, Madrid, 2010, págs. 299-322.
- CRIADO GÁMEZ, J.M. “Huelga de hambre y alimentación forzada”, en *DS: Derecho y Salud*, vol. 21, núm. Extra 1, 2011, págs. 125-139.
- CUELLO CALÓN, E. *Tres temas penales (el aborto criminal, el problema de la eutanasia, el aspecto penal de la fecundación artificial)*. Bosch, Barcelona, 1955.
- DE LA GÁNDARA VALLEJO, B. *Consentimiento, bien jurídico e imputación objetiva*. Colex, Madrid, 1995.

- DEL ROSAL BLASCO, B. “La participación y el auxilio ejecutivo en el suicidio: un intento de reinterpretación constitucional del art. 409 del CP”, en *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, tomo 40, Fasc/Mes 1, 1987, págs. 73-97.
- DÍAZ ARANDA, E. *Dogmática del Suicidio y Homicidio Consentido*. Servicio Publicaciones Facultad Derecho, Universidad Complutense Madrid: Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid, 1995.
- DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, Vol. 8, núm. 79, 2012, págs. 115-149.
- DÍEZ RIPOLLÉS, J.L. y MUÑOZ SÁNCHEZ, J. (Coords.). *El tratamiento jurídico de la eutanasia. Una perspectiva comparada*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 1996.
- Díez Ripollés, J.L. “Art. 143”, en DÍEZ RIPOLLÉS, J.L. - GRACIA MARTÍN, L. (Coords.), LAURENZO COPELLO, P., *Comentarios al Código Penal. I*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 1997, págs. 165-265.
- Felip i Saborit, D. “El Homicidio y sus formas”, en SILVA SÁNCHEZ, J.M (Dir.) *et al.*, *Lecciones de Derecho Penal: Parte Especial*, Atelier Libros, iuscrimbcn, 2015, págs. 27-55.
- GEPC. *Una alternativa al tratamiento jurídico de disponibilidad de la propia vida*. GEPC, Málaga, 1993.
- GEPC. *Revisión y actualización de las propuestas alternativas a la regulación vigente*. GEPC y Tirant Lo Blanch, Valencia, 2016.
- GLENN COHEN, I. “Las Fronteras del Derecho Sanitario: Globalización y Turismo Médico”, en *Repositorio de la Universidad Autónoma de Madrid*, 2014, págs. 21-44.
- Gómez Rivero, M.C. “Delitos contra la vida humana independiente (II)”, en GÓMEZ RIVERO, M.C. (Dir.) *et al.*, *Nociones Fundamentales de Derecho Penal. Parte Especial*. Tecnos, Madrid, 2015, págs. 57-62.
- HERREROS, B., PALACIOS. G. y PACHO, E. “Limitación del Esfuerzo Terapéutico”, en *Revista Clínica Española*, vol. 212, núm. 3, 2012, págs. 134-140.

- JIMBEL GARCÍA, J.F. “Eutanasia y suicidio asistido en Canadá. Una panorámica de la sentencia Carter v. Canadá y del consiguiente Proyecto de Ley C-14 presentado por el Gobierno canadiense”, en *Revista de Derecho Uned*, núm. 19, 2016, págs. 351-377.
- JUANATEY DORADO, C., BOIX REIG, J. (Dir.). *Derecho Penal. Parte Especial*. Vol. I. Iustel, 2010, págs. 61-83.
- JUANATEY DORADO, C. *Derecho, suicidio y eutanasia*. Ministerio de Justicia e Interior, Madrid, 1994.
- MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009.
- MUÑAGORRI LAGUÍA, I. *Eutanasia y Derecho Penal*. Centro de Estudios Judiciales- Ministerio de Justicia e Interior, Madrid, 1994.
- MUÑOZ CONDE, F. *Derecho Penal Parte Especial. 21ª edición, revisada y puesta al día con la colaboración de Carmen López Peregrín*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2017, págs. 61-72.
- NÚÑEZ PAZ, M.A. *La buena muerte. El derecho a morir con dignidad*. Tecnos, Madrid, 2006.
- NÚÑEZ PAZ, M.A. *Interrupción voluntaria de la vida humana*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2016.
- PARREIRAS REIS DE CASTRO, M. *et al.* “Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática”, en *Revista Bioética*, vol. 24, núm. 2, 2016, págs. 355-367.
- PÉREZ PÉREZ, F.M. “Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida”, en *Semergen-Medicina de familia*, vol. 42, núm. 8, 2016, págs. 566-574.
- QUERALT JIMÉNEZ, J.J. *Derecho Penal Español, Parte Especial*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2015, págs. 39-71.
- Quintero Olivares, G. “Art. 143”, en QUINTERO OLIVARES, G. (Dir.) - MORALES PRATS, F. (Coord.) *et al.*, *Comentarios a la Parte Especial del Derecho Penal*, Aranzadi, Cizur Menor, 2011, págs. 35-82.

- REY MARTÍNEZ, F. *Eutanasia y derechos fundamentales*. Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 2008.
- RODRÍGUEZ MOUROLLO, G. (Dir.) - JORGE BARREIRO, A. (Coord.). *Comentarios al Código penal*. Civitas, Madrid, 1997, págs. 383-418.
- ROMEO CASABONA, C.M. *Los delitos contra la vida y la integridad personal y los relativos a la manipulación genética*. Comares, Granada, 2004.
- ROMEO CASABONA, C.M. *El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana*. Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 1994.
- ROMEO MALANDA, S. “Un nuevo marco jurídico-sanitario: la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre derechos de los pacientes”, en *La Ley*, núm. 1, 2003, págs. 1.522-1.539.
- SILVA SÁNCHEZ, J.M. “Los documentos de instrucciones previas de los pacientes (artículo 11.1 Ley 41/2002) en el contexto del debate sobre la (in)disponibilidad de la vida”, en *La Ley*, núm. 4, 2003, págs. 1.663-1.671.
- TOLEDANO TOLEDANO, J.R. *Límites penales a la disponibilidad de la propia vida: el debate en España*. Atelier, Barcelona, 1999.
- TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho Penal*. Boletín Oficial del Estado y Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 1999.
- TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo CP (art. 143)*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2000.
- TORIO LÓPEZ, Á. “Reflexión Crítica sobre el Problema de la Eutanasia”, en *EPC*, vol. XIV, 1989-1990, págs. 218-245.
- VALADÉS RÍOS, D. “Eutanasia, régimen jurídico de la autonomía vital”, en *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, 1980, págs. 81-170.
- Valle Múñiz, J.M. “Art. 143”, en QUINTERO OLIVARES, G (Dir.) *et al.*, *Comentarios al Nuevo Código Penal*. Aranzadi, Cizur Menor, 2005, págs. 757-770.
- VEGA GUTIÉRREZ, J. “La práctica del suicidio asistido en Oregón y la “pendiente resbaladiza”, en *Cuadernos de Bioética*, vol. 18, 2007, págs. 55-70.

ENLACES DE PÁGINAS WEB

Noticia en *Daily Mail*, de 19/07/2017, “*Blue Whale suicide game ringleader is jailed for three years in Russia for inciting people to kill themselves*”:

<http://www.dailymail.co.uk/news/Blue-Whale-suicide-game-ringleader-jailed-Russia.html>

Noticia en *Diario Médico*, de 17/11/2016, “El Estado de Colorado legaliza el suicidio asistido”:

<http://www.diariomedico.com/2016/11/17/area-profesional/normativa/el-estado-de-colorado-legaliza-el-suicidio-asistido>

Noticia en *El Confidencial*, de 05/07/2016, “El derecho al suicidio asistido en Suiza atrae el ‘turismo de la muerte’”:

https://www.elconfidencial.com/mundo/eutanasia-suiza-turismo-muerte_1227670/

Noticia en *El País*, de 02/04/2017, “La hora de la eutanasia”:

https://politica.elpais.com/politica/2017/03/31/actualidad/1490960180_147265.html

Noticia en *El Periódico*, de 19/02/2017, “La eutanasia, legal en cinco países”:

<http://www.elperiodico.com/es/mas-periodico/legal-en-cinco-paises-5844527>

Noticia en *La Gaceta*, de 21/02/2017, “La capital de EEUU legaliza el suicidio asistido”:

<https://gaceta.es/noticias/capital-estados-unidos-legaliza-suicidio-asistido-1328/>

Noticia en *La Vanguardia*, de 22/07/2017, “‘La ballena azul’ no es un juego, es un delito”:

<http://www.lavanguardia.com/sucesos/20170722/432/ballena-azul-philipp-budeikin-condena-carcel.html>

The Leading source for pros and cons of controloversial issues, 21/02/2017:

<https://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000132>

Último informe anual, del 2016, del Departamento de Salud del Estado de Washington.

<https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/DeathWithDignityAct2016.pdf>

Último informe anual, del 2016, de la División de Salud Pública de Oregón (Centro de Estadísticas):

<http://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year19.pdf>

VIII. JURISPRUDENCIA CONSULTADA

Sentencia Juzgado de Menores núm. 1 de San Sebastián 86/2005, de 12/05/2005, ARP 2005/214.

AAP- Córdoba 44/1995, de 26/09/1995, ARP 1995/949.

SAP-Almería 47/2002, de 20/02/2002, ARP 2002/195.

SAP-Barcelona 528/2012, de 21/05/2012, JUR 2012/232189.

SAP-Girona 184/2001, de 23/03/2001, ARP 2001/502.

STS 1299/1986, de 15/03/1986, RJ 1986/1646.

STS 718/2013, de 01/10/2013, RJ 2013/6457.

STC 120/1990, de 27/06/1990, RTC 1990/120.

STC 137/1990, 19/07/1990, RTC 1990/137.

STC 11/1991, de 17/01/1991, RTC 1991/11.

Sentencia Corte Constitucional 239/97, de 20/05/1997.

Sentence of the Supreme Court of Canada, 2015 SCC 5 (S112688).